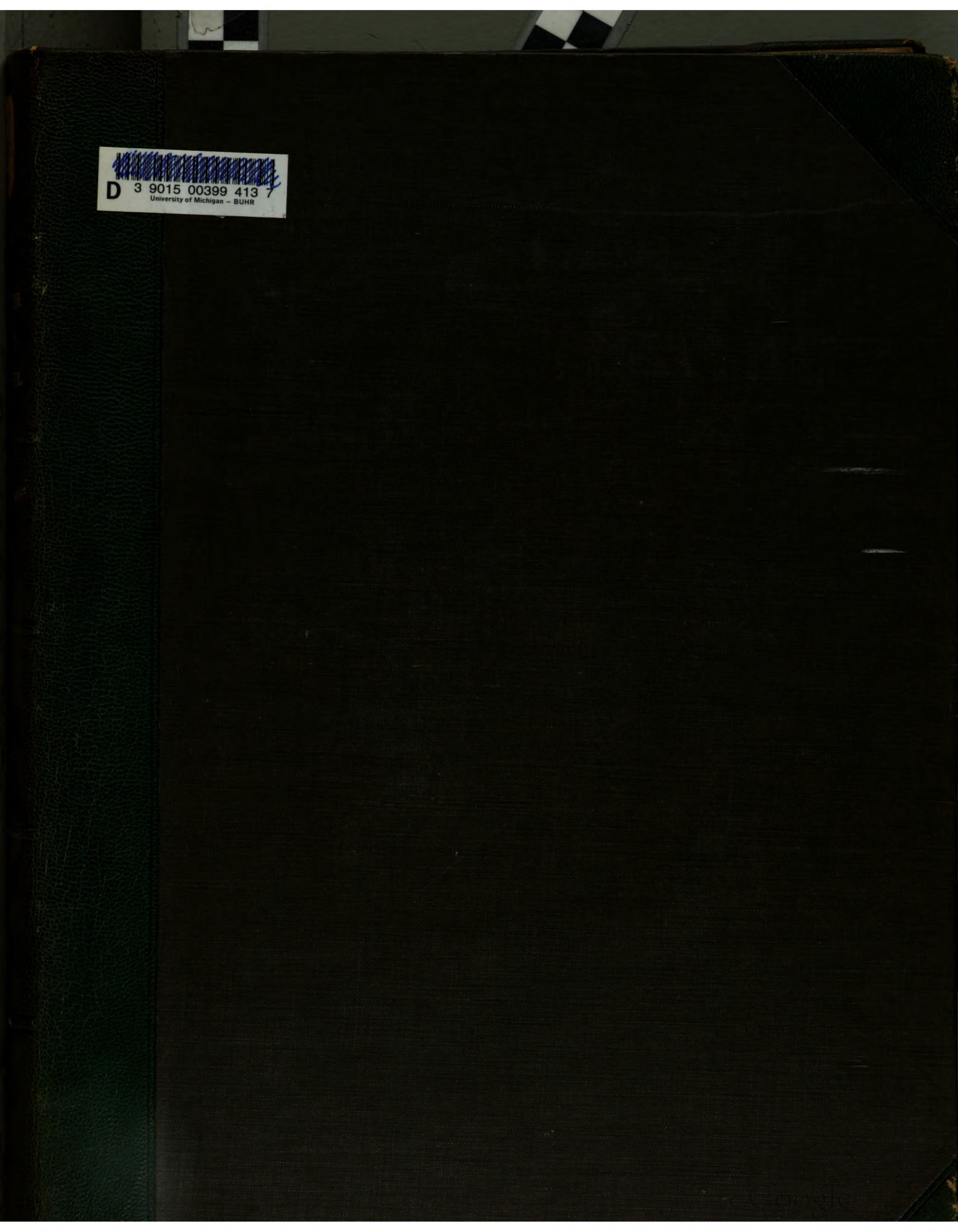
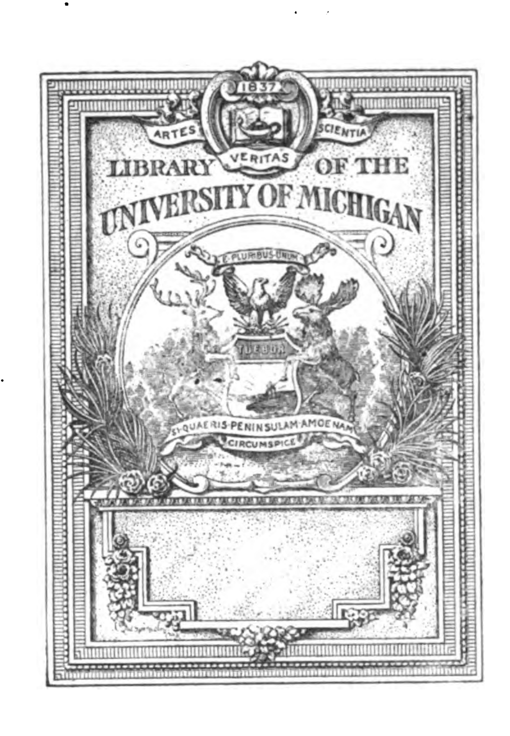

D 3 9015 00399 413 7
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

St. Petersburger
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Dr. Franz Dörbeck.
St. Petersburg.

XXXIII. JAHRGANG.
(NEUE FOLGE XXV. JAHRGANG).

ST. PETERSBURG.
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Prosp., № 15.
1908.

Типографія А. Э. Винеке, Екатерингофскій пр., № 15.

INHALTS-VERZEICHNIS.

Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

R.

S.

T.

U.

V.

Namen-Register.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. - Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 1 St. Petersburg, den 5. (18.) Januar. 1908.

Eine Form der Lymphocytose.

Von

K. E. Russow. Dorpat.

Als ich, um die Technik der Blutuntersuchung beherrschen zu lernen, anfangs viele Untersuchungen meines eigenen Blutes vornahm, fiel es mir auf, dass unter meinen weissen Blutkörperchen bedeutend mehr Lymphocyten vorhanden waren als 25 Prozent, wie es als normal angegeben wird. Später fand ich dieses Phänomen auch noch bei anderen Individuen und der Zufall wollte es, dass alle diese Personen durch ein verhältnissmässig jugendliches Aeussere auffielen. Da ja beim Kinde die Lymphocyten relativ vermehrt sind, so hielt ich die Erscheinung für eine Art Infantilismus und beachtete sie nicht weiter. Im letzten Sommer wurde es mir aber wahrscheinlich, dass diese Lymphocytose durch Migräne hervorgebracht wird. Ich habe infolgedessen im Laufe dieses Herbstes meine Bekannten und Patienten von denen ich wusste, dass sie an Migräne leiden auf dieses Symptom hin untersucht und dabei gefunden, dass tatsächlich ein Zusammenhang besteht.

Meist bin ich nur dazu gekommen die Patienten im freien Intervall zu untersuchen und dabei habe ich schon den Eindruck gewonnen als wenn eine Beziehung zwischen Lymphocytose und Häufigkeit der Anfälle bestände.

Wenn ich den Durchschnitt von 11 Migränefällen nehme, so ergeben sich die Zahlen:

		im Kubikmillimeter
pol. neutrophile	52.84	= 4175
Lymphocyten	38.6	= 2817
Eosinophile	4.4	= 283
Uebergangszellen	3.82	= 336
Mastzellen	0.16	= 9

Die etwas hohe Zahl der eosinophilen Zellen beruht darauf, dass unter den Untersuchten sich mehrere an Bandwürmern leidende Personen befanden.

Bei einer Zahl von 7 Gesunden ergab sich das Verhältnis:

		im Kubikmillimeter
pol. neutrophile	65.4	= 4315
Lymphocyten	26.8	= 1822
Eosinophile	3.5	= 254
Uebergangszellen	4.3	= 323
Mastzellen	0.1	= 9

Auch unter diesen Personen war ein Bandwurmverdächtiger Patient.

Erst in allerletzter Zeit habe ich daran gedacht auch während des Anfalls zu untersuchen; bisher fehlte mir die Gelegenheit solches an anderen Personen zu tun, bei mir selbst ergaben sich

	bei einem leichten Anfall:	bei einem schweren Anfall:	
pol. neutr.	49.0%	— 43.4%	= 3616
Lymph.	42.0%	— 50.1%	= 4177
Eosinoph.	6.0%	— 3.7%	= 308
Ueberg.	3.0%	— 2.7%	= 224

8325 im Kubikmillim.

Die Zahlen bei mir im Intervall, welche ich zur vorhergenannten Durchschnittsberechnung auch mitbenutzt habe betragen:

		im cm³m.
pol. neutr.	58.3%	= 4411
Lymph.	36.7%	= 2770
Eosinoph.	1.2%	= 90
Ueberg.	4.1%	= 289
		7550

Zur Beantwortung der Frage ob die vasoneurotische Anlage schon an und für sich eine Lymphocytose hervorruft, ist mein Material zu klein, ich möchte aber doch erwähnen, dass bei einer ca. 40-jährigen sehr nervösen Dame, bei der ich im Frühling, ohne genau auszuzählen, eine Lymphocytenvermehrung fand, im August ziemlich normale Verhältnisse (Lymphocyten 26%) vorlagen; die Patientin hatte in den letzten 2 Monaten keine Kopfschmerzen gehabt. Eine andere 50-jährige Dame, welche an schweren vasoneurotischen Zuständen leidet (auch Herzbeschwerden) aber niemals eigentliche Migräne hat, dagegen fast beständig über ein bald schmerzhaftes, bald nur unangenehmes Druckgefühl im Kopfe klagt, zeigt eine Lymphocytose von 39%.

Was meine Technik im Zählen anlangt, so ist es nicht ausgeschlossen, dass dieselbe ein wenig die Lymphocyten begünstigt. Sehr gross kann aber der Fehler nicht sein, da ich, wie meine Tabellen zeigen, für normale Personen auch annähernd normale Zahlen erhalten habe. Ich benutze seit dem Erscheinen des Schleipschen Atlasses fast stets die von ihm angegebene bequeme Methode zur Herstellung der Trockenpräparate und streiche einen kleinen Blutstropfen mit der Kante eines geschliffenen Objektträgers über die Fläche eines anderen aus. Hierbei sieht man nun, dass die Leucocyten und namentlich die grösseren Formen wie eosinophile und polymorphkernige sich mit Vorliebe an den seitlichen Rändern und am Ende des Ausstriches ansammeln; es macht den Eindruck als wenn diese Zellen beim Wettlauf während der kapillaren Ausbreitung stets flinker seien wie die kleinen Zellen, namentlich die flachen roten Blutkörperchen. In Berücksichtigung dessen zähle ich zuerst einige Hundert der an den Randpartien liegenden Zellen aus und dann eine annähernd ebenso grosse oder etwas geringere Menge von den mehr in der Mitte liegenden. Sicherer wäre es gewiss nach der ursprünglichen Ehrlichschen Methode vorzugehen und einen möglichst kleinen Blutstropfen sich zwischen zwei Deckgläschen ausbreiten zu lassen. Man müsste dann aber sämtliche auf beiden Deckgläschen befindlichen Zellen auszählen, denn auch hierbei sind Ungleichmässigkeiten in der Anordnung die Regel. Ohne einen beweglichen Objekttisch dürfte eine solche Zählung technisch nicht möglich sein. Ich habe dieses Hilfsmittel leider nicht in Anwendung ziehen können.

Dass auch noch andere, recht beträchtliche Fehlerquellen — wahrscheinlich aber bei jeder Methode — vorkommen, sehe ich daraus, dass sich bei meinen Versuchen, wo ich mehrere in gleicher Weise hergestellte Ausstriche durchzählte, stets Verschiedenheiten von 1 bis 3% für Lymphocyten und polymorphkernige Zellen ergaben und für die selteneren Formen — wie eosinophile und Uebergangszellen auch Unterschiede bis zu 1% auftraten. In letzter Zeit habe ich auch Kontrollproben in der Weise ausgeführt, dass ich in der Zählkammer die mononukleären Zellen gegenüber den mehrkernigen auszählte; in 5 derartigen Kontrolluntersuchungen betrug die grösste Abweichung vom Resultat der Zählung am Trockenpräparat auch 3 Prozent.

Praktisch hat diese von mir gefundene Tatsache wohl keinen sonderlichen Wert, theoretisch hat sie vielleicht aber doch ein gewisses Interesse, denn ich möchte daran erinnern, dass vor etwa 5 Jahren von französischen Forschern darauf aufmerksam gemacht wurde, dass in der Spinalflüssigkeit von Paralytikern und Tabikern viel Lymphocyten zu finden sind. Neuerdings haben Jeanselme und Barbé gefunden, dass diese Lymphocytose der Spinalflüssigkeit auch bei Luetikern jeden Stadiums häufig vorkommt sobald Kopfschmerzen vorhanden sind.

Referate.

Gaceta médica de Mexico. 1906 Nr. 9. Jesus Gonzáles Usurena. Einige Bemerkungen in Bezug auf die Syphilis in Mexico.

Autor kommt auf Grund der Beobachtung von 117 Fällen von Lues (davon 76 im Sekundär-, 31 im Tertiärstadium und 10 Fällen von hereditärer Lues), zu dem Schlusse: 1) dass die Erscheinungsformen der Syphilis in Mexico den in Europa beobachteten durchaus gleichen, 2) dass die Syph. maligna praecox, sowie überhaupt schwere Sekundär- und Tertiärerscheinungen nicht selten sind, 3) dass die Seborrhoe, eine sehr häufige Erkrankung in Mexico, von keinem Einfluss auf die Eruptionsformen der Syphilis ist.

Schiele.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. Zangemeister. Die Bedeutung der Cystoskopie für die Gynäkologie. Sammlung zwangloser Abhandlungen. Verlag von C. Marhold. Halle 1907.

Verf. unterscheidet primäre Erkrankungen des Harntraktus und solche, die sich sekundär in der Blase im Anschluss an Genitalleiden entwickeln. Zu den ersteren gehören Blasensteine, Blasentumoren, Cystitiden verschiedenen Charakters, besonders die Cystitis trigoni, die eine häufige Erkrankungsform darstellt. Zu der zweiten Gruppe gehören die verschiedenen Fisteln und Verzerrungen durch Myome und andere Tumoren des Uterus. Sehr häufig und in verschiedenem Grade ist die Blase bei Karzinom, der Portio und Cervix in Mitleidenschaft gezogen.

Lingen.

Cornet, G. Die Tuberkulose. Zweite, vollständig umgearbeitete und im Umfang verdoppelte Auflage. Mit 15 Illustrationen, 1 Karte und 5 Tafeln in Farbendruck. Wien, 1907. Alfred Hölder.

So gross, wie die Verbreitung der Tuberkulose unter den Menschen, so kolossal ist die Litteratur über diese Krankheit und dementsprechend umfangreich das vorliegende Werk: es umfasst 1442 Seiten, von denen reichlich 200 von Litteraturangaben eingenommen sind, und gegen 70 vom Autoren- und Sachregister. Dieses ungeheure Material ist vom Verf. zum Teil schon für die erste Auflage bearbeitet, zum andern aber und wohl grösseren Teil für diese zweite Auflage bewältigt worden. Wenn manche Frage, manches Kapitel auch einen subjektiven Charakter tragen, so ist doch anzuerkennen, dass der Verf. vielfach mit alten Vorurteilen aufräumt und gegen einseitige Anschauungen zu Felde zieht. So giebt er eine genaue Schilderung der Biologie des Tuberkelbazillus und bestreitet demnach die Lehre von der Ubiquität des Tuberkelbazillus. Der Mensch ist fraglos durch sein Sputum die häufigste Infektionsquelle, dagegen nicht durch die beim Sprechen, Niesen etc. produzierten Tröpfchen, da diese meist keine Tuberkelbazillen enthalten; diese sind dagegen meist im Sputum in den mit besondern physikalischen Eigenschaften begabten Schleim eingebettet und nur in einer rationellen, möglichst allgemeinen Beseitigung des Auswurfs kann eine erfolgreiche Bekämpfung der Verbreitung der Schwindsucht einsetzen. Ausserdem aber bedarf es des Eindringens der richtigen Vorstellungen in die weitesten Kreise des Volkes, damit die Massnahmen wirklich zu einem Resultat führen.

Dagegen wendet er sich sehr entschieden gegen die Heilstätten und die Propaganda für dieselben und erklärt sie als auf falschen Prämissen aufgebaut und die dazu verwandten ungeheuren Summen durchaus unzweckmässig angelegt. Alles zu diesen Kapitel gesagte ist fraglos sehr beherzigenswert.

Es liegt uns hier durchaus fern auf alle die interessanten Ausführungen des Verf. hier näher einzugehen, doch sei hier besonders auf die Kapitel über Infektiosität und Heredität der Tuberkulose hingewiesen.

U c k e.

M. J o s e p h. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Teil. Geschlechtskrankheiten. V. Auflage. Verlag v. G. Thieme. Leipzig 1907.

Zwei Jahre nach Erscheinen der V. Auflage des ersten Teiles des Lehrbuches, der Hautkrankheiten, ist auch der zweite Teil nun herausgekommen. Der Verfasser hat wohl erst die Klärung einiger Errungenschaften der neuesten Zeit, wie der Entdeckung des Syphiliserregers, der Ueberimpfung der Syphilis auf Tiere etc. abwarten wollen, um sie in seinem Lehrbuche in einigermassen abgeschlossener Form zur Darstellung bringen zu können. Der II. Band, die Geschlechtskrankheiten, besitzt die gleichen Vorzüge, wie der erste, Uebersichtlichkeit, Klarheit, prägnante Kürze, ohne dass dabei der Stoff zu kurz käme. Die Zahl der Auflagen spricht übrigens eine deutlichere Sprache zu seinen Gunsten, als es meine Worte vermöchten. Die V. Auflage ist gegenüber den früheren wesentlich erweitert und, den neusten Fortschritten der Wissenschaft folgend, verbessert. Der II. Teil umfasst 473 Seiten, 63 Abbildungen im Text, eine schwarze und drei farbige Tafeln von sehr guter Ausführung. Ausserdem findet sich ein Namen- und Sachregister und ein umfangreicher Anhang von Rezeptformeln. Dem ausgezeichneten Werke stehen sicher noch weitere Auflagen bevor.

W. S c h i e l e.

J. F i c k. Synonymik der Dermatologie. Preis M. 1.40. Wien und Leipzig. Alfred Hölder. 1908.

Das kleine Büchlein entspricht ohne Frage einem Bedürfnisse, denn in dem Gewirr der dermatologischen Synonymen sich zurechtzufinden, ist selbst für Spezialisten oft nicht leicht. Da eine einheitliche Nomenklatur wohl noch nicht sobald zur Einführung gelangen wird, so werden wohl eher neue Synonyma hinzukommen, als die alten aus dem Gebrauche der einzelnen Autoren schwinden.

W. S c h i e l e.

Die S y p h i l i s d e r e h r b a r e n F r a u e n. Vortrag, geh. in der Pariser Akademie der Medizin von Prof. Dr. A l f r e d F o u r n i e r. Deutsch von Dr. G a s t o n V o r b e r g. Leipzig und Wien 1907, Verl. von F r a n z D e u t i c k e. Kl. 8° 36 S.

In diesem Vortrage entrollt der Nestor der Syphilisforschung Prof. F o u r n i e r auf Grund seiner grossen klinischen Erfahrung und an der Hand des ihm, wie kaum einem anderen, zu Gebote stehenden reichen statistischen Materials ein grauenvolles Bild von den unheilvollen Folgen, welche die Syphilis der Ehemänner für ihre Frauen hat. Wie die klinische Erfahrung zeigt, kommen auf 100 syphilitische Frauen 20 verheiratete, mit anderen Worten — von 5 s y p h i l i t i s c h e n F r a u e n i s t e i n e e h r b a r v e r h e i r a t e t. Zwei Drittel aller Ansteckungen der Frauen in der Ehe sind auf eine vom Gatten vor der Ehe erworbene Syphilis, ein Drittel auf eine nach der Heirat vom Manne erworbene Syphilis zurückzuführen. Die Hauptgefahr für die Ehefrau entsteht also zweifellos aus einer Syphilis, die sich der Gatte als Junggeselle zugezogen hat. Dass aber die Uebertragungen der Syphilis auf die Frau in der Ehe so häufig vorkommen, ist nach F o u r n i e r s Statistik unbestreitbar dadurch zu erklären, dass d i e S y p h i l i t i k e r z u f r ü h h e i r a t e n, also bevor sie unschädlich geworden sind. Wen trifft nun die Schuld? Zum grössten Teile den Kranken, mitunter aber auch den Arzt. Bei ansteckungsfähigen Männern ist die Hauptursache der vorzeitigen Eheschliessungen, wie die Erfahrung lehrt, L e i c h t s i n n und U n w i s s e n h e i t und man muss daher bedauern, dass für Aufklärung in Bezug auf die Gefahren der Geschlechtskrankheiten in der Gesellschaft noch so wenig gesorgt wird. Manche Aerzte sind aber auch in der Tat syphilitischen Heiratskandidaten gegenüber von einer Nachsicht, die mit den klinischen Erfahrungen in Widerspruch steht. Nach F o u r n i e r s Erfahrung reichen 3 bis 4 Jahre nicht hin, um einen Zustand herbeizuführen, der dem Kranken die Ehe gestattet, er verlangt 4 bis 5 Jahre, ja in einem Falle aus seiner Praxis erfolgte die Ansteckung noch nach 20 Jahren. Zweifellos ist ferner, dass in der Praxis F e h l d i a g n o s e n gestellt werden, namentlich was die Spätererscheinungen der Syphilis betrifft, dann aber auch bei der Syphilis der Unschuldigen (zu welchen auch die ehrbaren Frauen gehören), weil sich der Arzt durch den ehrbaren Eindruck, den Familie und Patientin auf ihn machen, täuschen lässt, also i m B a n n e d e s «M i l i e u s» steht. Wir beschränken uns auf diese kurzen Mitteilungen aus dem Vortrage des hocherfahrenen Syphilisforschers, möchten aber die kleine Schrift angelegentlichst empfehlen, da sie viel neues Material und für den Praktiker so mancherlei nützliche Winke bietet und auch den beachtenswerten Rat des berühmten holländischen Arztes B o e r h a a v e in Erinnerung bringt:

«In dubiis conspice luem!»

B e r n h o f f.

H e i l g y m n a s t i k, bearbeitet von Doz. Dr. M. H e r z (Wien-Meran). 5. Heft der Physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen, herausg. v. Dr. J. M a r c u s e und Doz. Dr. A. S t r a s s e r. Mit 38 Textabbildungen. Stuttgart 1907, Verl. v. F. E n k e. gr. 8° 71 S. Preis geh. M. 1.80.

Den Gegenstand der vorliegenden Darstellung bildet die m e d i z i n i s c h e G y m n a s t i k i m e n g e r e n S i n n e (ohne Massage) aus der Feder des auf diesem Gebiete namentlich durch die geistreiche Konstruktion zahlreicher mechano-therapeutischer Apparate bekannten Wiener Arztes. Nach einigen physiologischen Vorbemerkungen beschreibt Verf. an der Hand von Abbildungen die verschiedenen heilgymnastischen Bewegungen und zwar zählt er zur Heilgymnastik nur solche Bewegungen, welche äusserlich als koordiniert charakterisiert sind. Es fällt daher eine Anzahl von Bewegungen fort, welche in der schwedischen Heilgymnastik unnützer Weise eine Rolle spielen, wie die Emporziehung, Spannung u. dergl. Im s p e z i e l l e n T e i l e werden nun die Krankheiten angeführt, in welchen die Mechanotherapie, d. h. die Heilgymnastik in Verbindung mit der Massage eine wichtige Rolle spielt, die Indikationen und Kontraindikation festgestellt und gezeigt, wie viel man oft mit den einfachsten Mitteln bei richtiger Anwendung erreichen kann. Bei dem weitgehenden Interesse, dass die physikalische Therapie in der Neuzeit bei der Behandlung von zahlreichen Krankheiten beanspruchen darf, ist es die Pflicht des praktischen Arztes sich wenigstens mit den wissenschaftlichen Grundlagen der verschiedenen physikalischen Heilmethoden bekannt zu machen, wozu, was die Heilgymnastik anbetrifft, die vorliegende Monographie von Dr. H e r z durchaus geeignet erscheint.

B e r n h o f f.

Dr. B e r n h a r d B e n d i x, Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 5. Auflage, Urban und Schwarzenberg 1907.

Die neue Auflage des bekannten Lehrbuchs der Kinderkrankheiten von B e n d i x ist vom Verfasser inhaltlich verbessert worden und die Zahl der Abbildungen bedeutend vermehrt. In kurzer und dabei doch anschaulicher Form ist der umfangreiche Stoff zur Darstellung gekommen, wobei bei allen Kapiteln die nötigen Literaturangaben es dem Leser leicht ermöglichen, sich über jede Frage genauer zu orientieren.

Besonders lobend muss die Einleitung über das gesunde und kranke Kind hervorgehoben werden. In derselben findet der praktische Arzt alles Wesentliche über die Physiologie des kindlichen Organismus, wie auch allgemeine hygienische Ratschläge. Durch die neue Auflage dürfte sich das B e n d i x'sche Buch viele neue Freunde erwerben.

B.

Reformen in der Therapie des engen Beckens von Dr. K a r l B a i s c h. Mit 16 zum Teil farbigen Kurventafeln. Leipzig 1907. Verlag von Georg Thieme.

Verf. hat das gesamte Material an Geburten beim engen Becken der Tübinger Klinik seit 1897 bearbeitet. Je nach der Grösse der Vera werden die Becken eingeteilt von 10,0 cm. abwärts in 4 Gruppen: 10,0—9,6 cm., 9,5—8,6 cm., 8,5—7,6 cm. und 7,5—6,5 cm. Besonders angeführt sind innerhalb der einzelnen Grade die Geburten bei allgemein verengten und bei glatten Becken, wobei unterschieden wird zwischen Erst- und Mehrgebärenden. Zu den allgemein verengten Becken werden diejenigen gezählt, bei denen die Masse der distantia spinarum et cristarum um 1 cm. oder mehr unter der Norm von 25 und 28 cm. zurückbleiben. — Das Wochenbett wird als gestört angesehen bei einer Temperatur von 38,5 per rectum, und als krank werden diejenigen bezeichnet, bei denen das Fieber längere Zeit anhält oder sich wiederholt.

Vom Oktober 1897—März 1906 betrug die Gesamtzahl der engen Becken 809, die Häufigkeit derselben bei 8375 Geburten dieses Zeitraumes 24 pCt. Die Zahl der spontan niedergekommenen Frauen war 80 pCt.

Im nächsten Abschnitt werden die Resultate der expektativen Geburtsleitungen der Kliniken von Zweifel und Pinard mit der Tübinger Klinik verglichen, und darauf geht Verf. zu den Geburtsleitungen mit Verwendung von prophylaktischen Operationen über, mit Kaiserschnitt und Beckenerweiterung und ohne dieselben. Ferner behandelt Verf. die hohe Zange, die prophylaktische Wendung, die künstliche Frühgeburt, die Spontangeburt, Perforation, Symphyseotomie, Hebotomie und den Kaiserschnitt.

Auf die Resultate der verschiedenen Kliniken und die Vorzüge der einzelnen Geburtsleitung einzugehen, würde hier zu weit führen, dieselben sind am besten im Original nachzulesen.

Jedenfalls ersehen wir aus den Statistiken die grosse Ueberlegenheit der abwartenden Haltung bei Geburten beim engen Becken.

Fr. Mühlen.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 7. März 1907.

Anwesend 42 Mitglieder, als Gäste DDr. Mengel und Engelmann. An Stelle des abwesenden Präses übernimmt Dr. Hampeln das Präsidium.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Bosse einen Pat., der mit grosser Wahrscheinlichkeit an amyloider Degeneration der Nieren leidet. Der Kranke hat mit 6 Jahren Masern durchgemacht, dann bis zum 30. Jahre immer gesund. Bald nach seiner Heirat d. h. vor etwa 14 Jahren zeigten sich am rechten Schienbeine Wunden, die er sich durch Kratzen zugezogen haben will, die Wunden heilten nach etwa 9 Monaten und hinterliessen Narben. Auch am linken Schienbeine hatte er bald darauf eine ähnliche Wunde, die nach 3 Jahren heilte. Er hat gesunde Kinder, Aborte bei seiner Frau sind nicht vorgekommen. Vor 5 Jahren wurde Pat. magenleidend, deswegen längere Zeit behandelt. Vor 2 Jahren konstatierten die Aerzte eine starke Vergrösserung der Leber und fühlt sich Pat. seit dieser Zeit andauernd schlecht, er nehme ab, verlor seinen Appetit etc. Im Mai 1906 wurde im Urin Albumen gefunden (etwa 7‰) zugleich begannen ohne besondere Ursache profuse Durchfälle mit beträchtlichem Eitergehalt. Die Behandlung war ziemlich erfolglos; der Eiweissgehalt konstant hoch. — Pat. klagt jetzt namentlich über starken Durst, Harndrang, Schmerzen im Epigastrium und allgemeine Schwäche. Bei der Inspektion fällt die starke Abmagerung auf. Die Haut ist schlaff, das ganze Aussehen kachektisch; die Augenlider leicht pigmentiert. Die Leber ist stark vergrössert, 2 Querfinger über dem Nabel, druckempfindlich, Oberfläche glatt. — Das Herz im ganzen klein, Puls weich etwa 86—95 in der Minute. Milz nicht vergrössert. Augenhintergrund normal. Der Urin sehr reichlich bis 5½ Liter pro die, blass grünlich, schäumt stark. Der Albumengehalt etwa 6—7½ ‰ spezif. Gewicht zwischen 1,008 und 1,012. Mikroskopisch finden sich neben spärlichen granulierten, zahlreiche Wachszylinder, die breit und zerklüftet aussehen, Spuren von Zucker und reichlich Indikan. — Gegen eine Schrumpfniere spricht in erster Linie der Befund am Herzen, wo keinerlei Anzeichen einer Hypertrophie vorhanden sind, ferner an den Radialarterien, die absolut weich und nur mässig gespannt sind. Ferner sind keine Klagen über Kopfschmerzen etc., der Augenbefund normal. — Für Amyloiderkrankung sprechen die oben angeführten Symptome wobei ergänzend noch auf die ausserordentlich hartnäckige Obstipation hingewiesen werden kann. Eine Aetiologie der Erkrankung kann nicht einwandsfrei bewiesen werden, vielleicht liegt Lues vor, die Pat. nicht zugiebt, auch ist es ungewiss, ob die Durchfälle als Symptom einer schweren Darmerkrankung, die häufig bestand aufgefasst werden können, und die Amyloiderkrankung erst hervorrief oder ob dieselbe nicht schon als Symptom der letzteren aufgefasst werden kann.

Dr. Hampeln bemerkt, dass in diesem nach seiner Erfahrung gemessen ungewöhnlichen Falle die Untersuchung um so mehr nach allen Richtungen durchgeführt sein müsste, von Wichtigkeit und unerlässlich erscheine ihm die Blutuntersuchung, die der Beurteilung des Falles doch eine andere Richtung geben könne.

Gegen den Einwand Dr. Schaberts, dass dieser Fall ein gewöhnlicher, durchaus nicht seltener Fall sei, der unter dem klassischen Bilde des Amyloids der Leber und Niere verlaufe wendet Dr. Hampeln ein, dass Amyloid der Leber und Nieren allerdings weder ungewöhnlich noch selten sei. Darauf käme es in diesem Falle auch nicht an, sondern auf das Ungewöhnliche in der Totalität der klinischen Erscheinungen. Eine so vorgeschrittene Amyloidosis ohne ätiologischen Anhaltspunkt wäre doch höchst merkwürdig. Keine Tuberkulose, keine Eiterung, keine notorische Lues, überhaupt ein früher gesunder Mann. Er selbst hätte sich in diesem Falle per exclusionem auch für Amyloidosis gelegentlich einer Konsultation mit Dr. Bosse ausgesprochen, aber die Sache erschiene ihm doch nicht sicher genug. Auffallend wären auch die mit Fieberbewegungen verbundenen lebhafteren Leberschmerzen, wie sie bei Leberzirrhose, Lebertumoren und Lebersyphilis wohl, aber nicht bei Amyloid beobachtet würden. Um so wichtiger also jede, auch die Blutuntersuchung. Aber auch bei völlig normalem Blutbefunde würde ihm der Fall noch strittig erscheinen und könne er von einer gar zu sicheren einseitigen Beurteilung des Falles nur warnen. Da käme noch manches Andere in Betracht.

Punkt 1 der Tagesordnung: Dr. Bornhaupt berichtet über einen Fall von Nierenoperation, der unter Rückenmarksanästhesie ausgeführt ist und über 3 Fälle von Operationen der Gallenblase.

M. H., gestatten Sie, dass ich Ihnen zuerst eine 48-jährige Patientin demonstriere, die seit 3 Jahren an einer linksseitigen Pyonephrose gelitten hatte, wodurch sie in der letzten Zeit schwach und elend geworden ist, wobei beständige Temperatursteigerungen bis 38,70, Appetitlosigkeit bestanden, so dass die Pat. das Bett hüten musste. Am 18. Januar 1907 habe ich der Pat. die linke Niere, die einen Eitersack bildete exstirpiert, und zwar wagte ich es ihres schlechten Allgemeinzustandes wegen nicht, die Operation unter Chloroformnarkose auszuführen. Ich griff daher zur Lumbalanästhesie mit Stovain Billon. Die Pat. hat bei der Auslösung der Niere keine Schmerzen empfunden, es sind keinerlei Nebenerscheinungen beobachtet worden.

Zur Technik möchte ich bemerken, dass nach der Einspritzung des Stovains in den Rückenmarkskanal die Pat. so lange in Beckenhochlagerung gehalten wurde, bis die Anästhesie der Haut die Zone des Schnittes errreicht hatte. Darauf wurde die Pat. horizontal gelagert und die Operation ausgeführt.

Von Interesse ist dieser Fall insofern, als er beweist, dass die Operationen an den Nieren nötigenfalls unter Lumbalanästhesie mit gutem Erfolge ausgeführt werden können und dass auch eine eingreifende Operation dank der Lumbalanästhesie den Kräftezustand des Patienten und die Herztätigkeit viel weniger beeinträchtigt, als wenn dieselbe unter Chloroformnarkose ausgeführt wird.

Ferner erlaube ich mir Ihnen 3 exstirpierte Gallenblasen zu demonstrieren, die insofern interessant sind, als sie alle drei in der Art der Erkrankung verschieden sind.

Das erste Präparat gehört einem 64-jährigen Patienten an, der seit ca. 3 Monaten an Anfällen litt, die von hoher Temperatur bis 39°, von Schüttelfrösten, Icterus und Schmerzen im Epigastrium begleitet waren und auf einen chronischen Choledochusverschluss durch einen Stein hinwiesen. Der Patient wurde mir von Dr. Dietrich überwiesen; gemeinschaftlich mit ihm wurde die Diagnose gestellt, und der Choledochusverschluss durch einen Tumor trotz des hohen Alters als weniger wahrscheinlich angenommen.

Die Operation, die am 17. Januar 1907 ausgeführt wurde, zeigte, dass der Choledochus für einen Zeigefinger durchgängig war und 3 Gallensteine enthielt, die ich Ihnen hier zeigen kann.

Die Gallenblase ist, wie Sie sehen, stark dilatiert, die Wand ist schwartig verdickt, die Schleimhaut weist einen alten, chronischen entzündlichen Prozess auf, der zur vollständigen Atrophie der Schleimhaut geführt hat. Die Gallenblase, der Ductus choledochus enthielten eine ganz trübe mit reichlicher Menge von Sediment gemischte Galle. Auch aus dem Ductus hepaticus floss zuerst eine ganz trübe Galle, die sich erst allmählich klärte. Die Gallenblase wurde exstirpiert. Die Incision wurde vernäht, der d. hepatic. wurde drainiert und nach Kehr mit Kochsalzlösung nachträglich gespült. Der Verlauf war ein vollständig glatter. Pat. hat von 39 Kilo an Gewicht bis 47 Kilo zugenommen und fühlt sich, wie Sie sehen, wohl. (Demonstration d. Pat.).

Die Pat. von denen die beiden anderen Präparate stammen, kann ich Ihnen noch nicht vorführen, sie sind Rekonvaleszenten. In einem Fall handelt es sich um einen 35 Jahre alten

Arbeiter, der seit ca. 3 Monaten an heftigen, kolikartigen Anfällen litt, wobei sich die Schmerzen rechts unter der Leber konzentrierten. Ich habe den Pat. im Anfall kein einziges Mal beobachten können, jedoch bestand bei einigen ihn behandelnden Kollegen der Verdacht auf eine Gallenblasenerkrankung.

Unmittelbar nach einem Anfall konnte ich bei dem Pat. eine exquisite Druckempfindlichkeit in der Gegend der Gallenblase nachweisen, die jedoch später schwand, um während der Beobachtungszeit nie wiederzukehren. Dagegen liess sich später eine beständige Druckempfindlichkeit in der Ileo-coecalgegend nachweisen, die den Verdacht eher auf eine Appendicitis lenkte.

Der Pat. gab an, dieses Leidens wegen arbeitsunfähig zu sein und drang zuletzt auf eine Operation, welche am 24. Januar 1907 unter Chloroformnarkose ausgeführt wurde. Durch den wellenförmigen Schnitt nach Kehr legte ich mir die Gallenblase und die Ileo-coecalgegend frei, fand den Wurmfortsatz von Adhäsionen umgeben, entfernte ihn; jedoch waren die Veränderungen am Wurmfortsatz zu wenig bedeutend, um derartige Anfälle zu verursachen. Dagegen fielen in der Gegend der Gallenblase sehr gravierende Veränderungen auf. Es bestanden weit ausgedehnte, flächenhafte Verwachsungen zwischen der Gallenblase und der Leber einerseits und dem Magen, Colon transversum und dem Netz andererseits. Die Trennung dieser flächenhaften Verwachsungen gelang mit grosser Mühe und unter beträchtlicher Blutung, die durch die Tamponade gestillt wurde. Nachdem die Gallenblase in die Tiefe hinein freigelegt worden war, sah man dass die grössten entzündlichen Veränderungen sich um den d. cyst. herum befanden, der in derben Schwarten eingebacken, sich wie ein harter Strang anfühlen liess. Die Serosa war hier sehr stark injicirt, die Magenwand hierher angezogen und fest verbacken, so dass man an ein Magenulcus denken musste. Jedoch liess sich in der Magenwand durch Palpation nichts nachweisen, was auf ein Ulcus hinweisen konnte. Die ausgedehnten entzündlichen Verwachsungen waren also nur durch einen entzündlichen Prozess in der Gallenblase zu erklären, die auch tatsächlich mit trüber Galle gefüllt war. Die Wand der Gallenblase ist, wie Sie sehen schwartig verdickt, die Schleimhaut geschwellt; mit einer Sonde gelang es nicht aus der Gallenblase in den Cysticus zu dringen, da dieser durch eine narbige Einziehung vollständig strikturiert ist, wie es an dem Präparat deutlich zu sehen ist. Die Gallenblase ist entfernt worden, der Ductus cysticus ligiert. In den Gallengängen und in der Gallenblase waren keine Steine vorhanden.

Im letzten Fall handelt es sich um eine 42-jährige Frau, die seit ca. 9 Jahren leidend ist und am 16. Februar 1907 im Anfall ins Diakonissenhaus gebracht wurde. Sie ist mit Schüttelfrost, Temperatur von 39°, Erbrechen, und starken Schmerzen in der Lebergegend, die zum rechten Schulterblatt hin ausstrahlten, erkrankt und hatte an solchen Anfällen in der letzten Zeit mehrfach gelitten. Der akute Anfall war abgeklungen, jedoch blieben starke Schmerzen, Appetitlosigkeit, unregelmässige T°-steigerungen nach, die einen operativen Eingriff indizierten. Am 27. Februar wurde die Operation unter Chloroformnarkose ausgeführt. Schnitt wellenförmig nach Kehr. In der Umgebung der Gallenblase ausgedehnte, entzündliche, flächenhafte Verwachsungen, ähnlich, wie im vorhergehenden Fall. Das Netz ist mit dem Colon transversum vorne am Peritoneum parietale angebacken, so dass die obere Bauchgegend von der unteren Partie vollständig abgeschlossen ist. Die Gallenblase wird sichtbar, nachdem man das Netz, das Colon transversum, den Magen von der Leber zum Teil scharf, zum Teil stumpf abgetrennt hat. Die Gallenblase ist klein, geschrumpft, und sanduhrförmig cirkulär eingezogen, so dass die vordere Kuppe von der Grösse einer Haselnuss ist. Steine sind nicht vorhanden. Beim Ablösen der Gallenblase von der Leber reisst die brüchige Wand der eingeschnürten Gallenblasenkuppe ein und es entleert sich ein Teelöffel gelben Eiters. Exstirpation der Gallenblase. Unterbindung des Ductus cysticus. Die Gallenblase enthielt keine Galle und keine Steine. Die Wand zeigt, wie Sie sehen, ausgedehnte entzündliche Veränderungen, sie ist verdickt, an der Kuppe brüchig, die Schleimhaut ist geschwellt und stark injiziert. Die Kuppe ist durch eine Einziehung, die von der Seite der Schleimhaut einen Wall bildet, von dem übrigen Teil der Gallenblase getrennt; unterhalb dieser Einziehung ist die Schleimhaut normal, der Ductus cysticus ist frei und durchgängig. Es handelt sich hier also um eine eitrige Entzündung der Gallenblasenkuppe ohne Steine.

Besonderes Interesse verdienen die letzten beiden Fälle mit ausgedehnten, entzündlichen Verwachsungen, die von der erkrankten Gallenblase ausgegangen waren, wo keine Steine in den Gallenwegen gefunden worden sind.

Solche Fälle werden schon im Jahre 1895 von Mermann und ferner von Schott, Kehr und schliesslich von A. Stieda beschrieben. Sowohl Kehr als auch A. Stieda sind der Meinung, dass in solchen Fällen die Ektomie der Gallenblase am meisten zu empfehlen ist, wenn man eine radikale Heilung anstrebt. Es sind jedoch auch Fälle bekannt, wo die Verwachsungen durch ein Magen- oder Duodenalulcus bedingt waren, und ähnliche klinische Erscheinungen machten.

Die Frage, wie die Entstehung einer Entzündung der Gallenblase ohne die Steine zu denken ist, ist mit Sicherheit noch nicht beantwortet worden. Kehr meint, dass eine akute Cholecystitis nach Ausstossung sämtlicher Steine zu pericholecystitischen Verwachsungen führen kann, die die Gallenblase in ihrer Entleerungsfähigkeit beeinträchtigen.

Jedoch muss in solchen Fällen die Frage aufgeworfen werden, ob die Infektion der Gallenblase auch durch die Kommunikation mit einem erkrankten Darm möglich ist, ohne dass die Steine dabei als Ursache vorhanden sind. Dass Spulwürmer z. B. aus dem Darm in die Gallenblase wandern ist von Mermann 1 Mal, von Courvoisier 7 Mal beobachtet worden; Courvoisier berichtet über 24 Fälle von Choledochusobstruktion durch Spulwürmer.

Die Unmöglichkeit einer Infektion vom Darm aus einer Gallenblase, die keine Steine enthält, ist ja nicht nachgewiesen ähnliche Fälle, wie die beiden letzten von mir operierten, lassen doch die Wahrscheinlichkeit einer Infektion, die nicht durch Steine hervorgerufen worden war, vermuten.

Dr. Hampeln. Natürlich wendet sich jetzt in der Aera der chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis die Aufmerksamkeit den verhältnissmässig seltenen Fällen von Cholecystitis ohne Gallensteine zu, die ganz unter dem Bilde der Cholelithiasis auftreten können. Richtig erscheine es ihm darum auch in jedem Fall, ehe die Ursache wirklich nachgewiesen ist von Gallenblasen- und nicht von Gallensteinkoliken zu reden. Er selbst habe einen solchen Fall von Cholecystitis unbekannten Ursprungs mit Koliken an einem jungen Arbeiter in seiner Ambulanz beobachtet, der dann von Dr. Bergmann operiert worden ist. Kein Stein, sondern chronische Cholecystitis. Es sei übrigens von vornherein wahrscheinlich, dass wie an jeder anderen Stelle so auch in der Gallenblase, besonders bei der Kommunikation mit dem Darme, sowohl enterogene als hämatogene Entzündungen entstehen können. Dass es solche tatsächlich gibt, dafür spricht auch das Vorkommen der Cholecystitis ohne Konkremente beim Ileo-Typhus, wie er es selber auch beobachtet hat und soweit ihm bekannt, auch bei der Influenza. Im ersten Falle handelt es sich oft um den Typhusbacillus als Erreger der Cholecystitis, die übrigens lange nach dem abgelaufenen Ileo-Typhus auftreten kann. Es erscheine darum wichtig, in solchen Cholecystitisfällen nach einem etwa vorausgegangenem Typhus zu forschen.

Dr. von Sengbusch spricht über den Leukämiker, den er am 7. Febr. mit dem kolossalen Milztumor gezeigt hat, nach 5 Bestrahlungen à 15 Min. mit harter Röhre fühlte sich d. Milz am unteren Pole etwas weicher an, nach einigen Tagen c. am 14. Febr. war deutliche Verkleinerung nachzuweisen, bis zum 21. Febr. war das subj. Befinden ein sehr gutes gewesen, einen Tag bestanden nur sehr heftige linksseitige Hand- und Unterarmschmerzen, am 21. Febr. nach 18 Sitzungen bekam er einen heftigen Sternalschmerz, sehr schweres schmerzhaftes Atmen und starken Ikterus; diese drohenden Erscheinungen gingen in einigen Tagen vorüber bei Ruhelage und heissen Umschlägen. Leider liess ich mich auf Drängen des Pat. dann am 26. und 27. Febr. noch zu je einer kurzen Sitzung verleiten, da Pat. bald wegfahren wollte, allerdings mit so schwacher Intensität des Lichtes, dass ich an eine Wirkung davon überhaupt nicht glaubte, mehr zur psychischen Beruhigung, der Erfolg war aber trotzdem ein recht beängstigender — die früheren Erscheinungen traten verstärkt auf, es besteht hochgradige Schwäche, Ikterus und Schmerzen, Pat. liegt ganz und bin ich in grosser Sorge um ihn. Die Milz ist in dieser Zeit ganz enorm zurückgegangen, beträgt nur c. den 4. Teil ihres früheren Umfanges, nach rechts bis $1^1/_2$ Fingerbreit diesseits des Nabels — eine Linie die die l. mammill. mit dem Nabel verbindet ist unten 2, oben 3 Fingerbreit von der Milz entfernt, nach unten 3 Fingerbreit vom Hüftkamm. Die schweren Erscheinungen sind entschieden Intoxikationen von zerfallenem Gewebe und mahnt auch dieser Fall dringend zur Vorsicht, obgleich er bei früherer Behandlung anstandslos einige 50 Sitzungen nach der Reihe vertragen hat. Verständlich ist mir jetzt auch die Angabe, dass zur Vermeidung von Rezidiven einige wenige Sitzungen im Laufe einiger Monate genügen sollen.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Zuschrift an die Redaktion.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Die Anmerkung zum Nekrolog Gottlieb Jaesche † Dorpat 9. August 1907, St. P. Med. W. Nr. 33, hat recht: die unter dem Namen Jaesche-Arlt bekannte Operation ist nicht von ihm, sondern von seinem älteren Bruder Georg; der Verstorbene, dem ich in den Jahren 1879—81 häufig bei operativen Eingriffen u. s. w. behülflich war, hat mir das wiederholt erzählt.

Aber auch Gottl. J. hat seine Verdienste auf dem Gebiet der operativen Augenheilkunde; er war einer der Ersten, welche die Uebertragung von Epidermis in den gespaltenen Lidrand bei der Operation der Trichiasis ausführten (sein Verfahren ist beschrieben in Zehenders klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1881, S. 40) und war er somit ein Vorläufer der jetzt allgemein geübten und anerkannten Schleimhautübertragung zu besagtem Zweck.

Dr. Th. Kubli.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Nestor der deutschen Chirurgie, Prof. emer. Dr. Friedrich v. Esmarch, vollendete am 9. Januar n. St. sein 85. Lebensjahr. Seine Vaterstadt Tönning (Schleswig-Holstein) hat ihm bereits bei Lebzeiten ein Denkmal errichtet.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislausorden I. Klasse — dem ehemaligen Konsultanten des Warschauer Alexandra-Marien-Instituts, wirkl. Staatsrat Dr. Alexander Heinrich.

Der St. Wladimirorden III. Klasse — dem Taurischen Gouvernements-Medizinalinspektor, wirkl. Staatsrat Dr. P. Aljantschikow.

— Befördert: Zum wirklichen Staatsrat — der ordentliche Professor der Dorpater Universität Dr. Karl Dehio und der Direktor und Oberarzt des Irrenhospitals «Aller Leidtragenden» Dr. S. Ljubimow.

— Dem Prof. ord. der militär-medizinischen Akademie Dr. S. Botkin ist Allerhöchst gestattet worden, den ihm verliehenen französischen Orden der Ehrenlegion anzunehmen und zu tragen.

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat in ihrer letzten Jahresversammlung (am 29. Dezember) ihrem langjährigen Mitgliede, Leibmedikus Dr. Leo Berthenson, in Anlass seines 35-jährigen Jubiläums und in Anerkennung seiner Verdienste um die Balneologie in Russland die goldene Medaille auf den Namen Kaiser Alexanders II. verliehen. Eine ebensolche Medaille wurde von der genannten Gesellschaft auch dem Oberarzt der St. Petersburger Grenzwache-Brigade Dr. Alfred Pilazki für seine besonderen Verdienste und für eine hochherzige Spende zum Besten der von der Gesellschaft unterhaltenen Kinder-Heilkolonien zuerkannt.

— Zum Korpsarzt des VII. Armeekorps ist der Divisionsarzt der 34. Infanteriedivision, Staatsrat Dr. Subkowski, ernannt worden.

— Der Arzt Viktor Paterson ist, der «Livl. Gouv.-Ztg.» zufolge, vom Livländischen Gouverneur im Amte eines Polizei-Sanitätsarztes der Livländischen Ortschaften Peterskapelle, Neubad, Pabbasch, Adjamünde und Zarnikau bestätigt worden.

— Dr. Salman Rubinstein in Mitau ist seiner Funktionen am dortigen Krankenhause des Russischen Roten Kreuzes seiner Bitte gemäss enthoben worden.

— Der bisherige Präses der St. Petersburger städtischen Hospitalkommission, Stadtverordneter Graf Bennigsen, ist von diesem Amte zurückgetreten und hat am 31. Dezember die Leitung dieser Kommission seinem Stellvertreter General Niedermüller übergeben.

— Zum Direktor der Mineralquellen in Staraja Russa, ist der Direktor der Russker Mineralquellen, wirkl. Staatsrat Dr. Issajew, an Stelle von Dr. Tilitschejew der bekanntlich als Direktor in die kaukasischen Mineralbäder übergeführt ist, ernannt worden.

— Der Pharmakologe Prof. Dr. Hans Meyer in Wien (früher in Dorpat), welcher, wie wir meldeten, auf den Lehrstuhl der Pharmakologie in Berlin als Nachfolger des schwererkrankten Prof. Liebreich berufen wurde, hat den Ruf abgelehnt.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 31. Dezember in St. Petersburg der frühere Professor der Dermatologie an der mediko-chirurgischen Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. Alexei Polotebnow, nach längerer Krankheit im 70. Lebensjahre. Nach Absolvierung der mediko-chirurgischen Akademie i. J. 1864 wurde P. Assistent an der Botkin'schen Klinik und setzte dann zur weiteren Vervollkommnung seine Studien im Auslande fort. Von dort zurückgekehrt, habilitierte er sich als Privatdozent für Syphilis und Hautkrankheiten an der Akademie, an welcher er 1876 zum Professor-Adjunkt und bald darauf zum ordentlichen Professor der Dermatologie ernannt wurde, als welcher er zugleich die Abteilung für Hautkrankheiten im klinischen Militärhospital leitete. Nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist nahm er seinen Abschied und widmete sich ganz seiner ausgebreiteten Privatpraxis. Der Verstorbene gehörte zu den hervorragenden russischen Dermatologen und ist auch vielfach literärisch auf seinem Spezialgebiet hervorgetreten; wir erinnern hier nur an seinen «Leitfaden der Dermatologie», «Die Lage der Dermatologie in Russland», «Erysipelas und seine Behandlung». 2) Am 19. Dezember v. J. im Limenschen Sanatorium in der Krimm der ältere Arzt des Krankenhauses bei der Gesellschaft barmherziger Schwestern «Utoli moja petschali» in Moskau, Dr. Alexis Jauchzi, an Phthisis im Alter von 34 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher seit 1900 in Moskau praktizierte, fungierte auch als externer Arzt am Katharinenhospital daselbst. 3) In Cholm (Gouv. Lublin) der Eisenbahnarzt der Weichselbahnen Dr. Tscheslaw Sswertschinski im 47. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1887 erlangt. 4) Am 1. Januar n. St. der bekannte Berliner Chirurg und Orthopäde Prof. Dr. Albert Hoffa im 49. Lebensjahre. Der Tod ereilte ihn auf der Rückkehr von Antwerpen, wohin er zum Zweck eines Konsiliums gereist war, in Köln, wo er von einem Unwohlsein befallen wurde und in richtiger Erkenntnis seines Zustandes sich sofort ins Krankenhaus begab, in welchem er auch einige Stunden darauf an Herzlähmung verschied. Schon seit einigen Jahre litt er an Diabetes und Arteriosklerose; die Sektion hat auch hochgradige Sklerose der Coronararterien des Herzens ergeben. Prof. Hoffa war in Richmond am Kap der guten Hoffnung geboren, studierte in Marburg und Freiburg und war nach Erlangung der Doktorwürde (1883) sukzessive Assistent, Privatdozent und ausserord. Professor in Würzburg, von wo er als Nachfolger von Prof. Julius Wolff auf den Lehrstuhl der orthopädischen Chirurgie an die Berliner Universität berufen wurde. Hier leitete er die orthopädische Poliklinik der Universität und unterhielt daneben ein Privatsanatorium. Seine Vorlesungen wurden zumeist von ausländischen Aerzten besucht; international war auch seine grosse Klientel, die infolge des Weltrufes, welche Hoffa in wenigen Jahren sich verschafft hatte, aus allen Weltteilen in seine Sprechstunde kam, um ihn zu konsultieren. Eine besondere Genugtuung wurde ihm noch vor einigen Monaten zuteil, als die Kaiserin Alexandra Feodorowna ihn nach Petersburg berief, um seinen Rat einzuholen. Prof. Hoffa hat sich grosse Verdienste um die Orthopädie erworben, ja er kann als der Vater der modernen orthopädischen Chirurgie nach ihrer Trennung von der Chirurgie gelten. Sein klassisches grundlegendes Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie, dessen 5. Auflage wir seinerzeit in dieser Wochenschrift (cfr. Jahrg. 1906, S. 29) besprochen haben, zeigt die Bedeutung, welche der Orthopädie heute zukommt. Die heutige Orthopädie hat den ganzen unnützen Ballast von folterähnlichen Redressionsapparaten unserer Vorfahren über Bord geworfen, sie sucht die Deformitäten mit einfacheren Mitteln zu verhüten und zu behandeln, zu denen, abgesehen von der orthopädischen Chirurgie, in erster Linie die Mechanotherapie (Massage, Heilgymnastik und redressierende Manipulationen) gehört. Hoffa war daher ein eifriger Verfechter der ärztlichen Massage, von der er in dem Vorwort zu seinem Lehrbuch der Massage, das ebenfalls bereits 5 Auflagen erlebt hat, sagt: «Die wissenschaftliche Massage ist eine Kunst, die sogar hervorragende Ansprüche an den ausübenden Arzt stellt; sie kann auch nicht von jedem Arzt ohne weiteres ausgeübt werden, sondern nur von einem solchen, der das Wesen und den Wert der Massage gründlich studiert hat». Ausser diesen beiden



genannten Lehrbüchern hat H. von grösseren Werken noch ein «Lehrbuch der Frakturen und Luxationen» veröffentlicht und an vielen Sammelwerken mitgearbeitet, wie er auch Herausgeber der «Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie, einschliesslich der Heilgymnastik und Massage» war.

Standesangelegenheiten.

— Die Statuten der Kurländischen Gesellschaft der Aerzte sind am 3. Dezember v. J. bestätigt und am 11. Dezember registriert worden. Somit wird Kurland ebenso wie die Schwesterprovinzen seinen eigenen Aerztetag haben, um über wissenschaftliche Fragen und Standesangelegenheiten beraten zu können. Die alljährlichen Sitzungen der Gesellschaft sollen stets im Maimonat in einer der Städte oder Ortschaften Kurlands stattfinden. Als Ort des ersten Aerztetages ist bereits Mitau bestimmt, wo die Sitzungen am 10., 11. u. 12. Mai d. J. abgehalten werden sollen. Die Leitung der Geschäfte ist bis zur definitiven Wahl des Vorstandes in der ersten Sitzung im Mai einem provisorischen Vorstande übertragen worden, der aus Dr. H. Hildebrand (Mitau) als Präses, Dr. V. Zöpffel (Libau) als Vizepräses, den DDr. Tanzscher (Mitau) und H. Ischreyt (Libau) als Schriftführern und Dr. O. Spehlmann (Mitau) als Kassaführer besteht.

— Eine Haussuchung wurde in der Nacht auf den 17. Dezember beim Mitgliede der Pirogow-Aerztegesellschaft in Moskau, Dr. D. Shbankow, der auch Vorsitzender des Moskauer Hülfskomitees für die Hungerleidenden ist vorgenommen. Es wurden alle Akten und Bücher der Aerztegesellschaft sowie auch des Hülfskomitees konfisziert.

— Es sind die Aerztin Lewitzki, sowie der Feldscher Pankow, welche am Landschaftshospital in Koporje (Kreis Mologa) angestellt waren, verhaftet worden.

— Der Stadtarzt von Kasan Dr. N. Ssinakewitsch ist aus dem Dienst entlassen worden, weil er sich geweigert hat, der Exekution eines zum Tode Verurteilten beizuwohnen.

— Tod eines Arztes während einer Operation. In Birkenfeld (Grossherzogtum Oldenburg) sank der dortige praktische Arzt Dr. Merling, welcher an einem kranken Kinde den Luftröhrenschnitt ausführte, in dem Augenblicke, als er den Schnitt getan hatte, zum Entsetzen der Hülfe leistenden Personen, von einem Herzschlage getroffen, tot zu Boden. Das operierte Kind starb an Verblutung.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die bekannte Verlagsbuchhandlung für Medizin S. Karger giebt, unter Leitung von Prof. A. Passow und Prof. K. L. Schaefer in Berlin «Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes» heraus. In diesen sollen vorwiegend Arbeiten aus dem Gebiet jener Wissenschaften veröffentlicht werden, mit denen die Spezialärzte in Fühlung bleiben müssen, um wissenschaftlich zu arbeiten. Die Beiträge erscheinen in zwanglosen Heften von ca. 5 Bogen, 6 Hefte bilden einen Band. Preis des Bandes für das Ausland 22 Mark.

— Dr. Gustav Hirsch-Stiftung. Das Komitee des Evangelischen Feldlazaretts beschloss in seiner Dezembersitzung unter dem Vorsitz seines neugewählten Präsidenten, des Gehülfen des Oberkommandierenden der Truppen der Garde und des Petersburger Militärbezirks, Generals des Infanterie Michael v. Hasenkampf, das Andenken seines verstorbenen unvergesslichen Präsidenten, des Leibmedikus Dr. Hirsch, durch die Aussonderung von 20,000 Rbl. aus dem Reservekapital zu einer besonderen Dr. Hirsch-Stiftung zu ehren.

— Das Hospital zum Andenken an Peter den Grossen, dessen Bau in nächster Zeit hier in Angriff genommen werden soll, wird nach einem neuerlichen Dumabeschluss nicht, wie ursprünglich geplant wurde, 1000 Betten, sondern 2000 Betten erhalten. Die Autoren des Projekts verlangen infolgedessen die Anweisung noch einer Million zu den bereits angewiesenen 4,500,000 Rbl. Die verlangte Zuschlagsmillion soll ins Projekt einer neuen städtischen Anleihe aufgenommen werden.

— Verschleppung der Lepra aus Kurland nach Amerika. Wie die in den Vereinigten Staaten von Nordamerika erscheinende lettische Zeitung «Amerikas Wehstnesis» berichtet, sind vor kurzem zwei aus dem Talsenschen Kreise (in Kurland) eingewanderte junge Mädchen Lucie Petersohn und Bertha Osis als Leprakrank erkannt und in der dortigen auf einer Insel befindlichen Leprakolonie untergebracht worden. Das Regime in dieser Kolonie soll so streng sein, dass selbst jeder briefliche Verkehr mit den Kranken verboten ist und den Angehörigen der Besuch der Insel nur einmal im Jahre gestattet wird, wobei die Unterhaltung mit den Kranken nur aus angemessener Entfernung stattfinden darf.

— Die Cholera ist in Russland dem völligen Erlöschen nahe; es wurden in den letzten Wochen des abgelaufenen Jahres nur noch vereinzelte Neuerkrankungen aus den Gouvernements Samara und Tomsk sowie aus dem Kubangebiet gemeldet. Im ganzen sind vom Beginn der Epidemie (3. Juli 1907) bis zum Schluss des Jahres 12,125 Erkrankungen und 5814 Todesfälle an der Cholera registriert worden.

— Ein Denkmal für den berühmten Kliniker Prof. Kussmaul soll in Freiburg i. Br. errichtet werden. Von 1863—76 war Kussmaul in Freiburg Direktor der inneren Klinik; dort erdachte er die Magensonde und die Magenpumpe, durch die unzähligen Magenkranken Heilung gebracht werden konnte, und die den Anstoss zur Ausbildung der Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten gaben. Sie bilden aber nur einen Teil des Ruhmeskranzes seiner medizinischen Grosstaten. Kussmaul der Arzt und Kussmaul der Mensch, dessen Lebenserinnerungen zu den Perlen unserer Literatur zählen, ist einer der wahrhaft grossen Deutschen. Unter dem Aufruf zur Errichtung des Denkmals finden sich die Namen der hervorragendsten Arzte. Beiträge sind zu richten an die Filiale des Dresdener Bank, Freiburg i. Breisgau.

— Eine Versammlung von Landschaftsärzten des Kiewschen Gouvernements tagte in der vorigen Woche in Kiew. Es nahmen an dieser auch Vertreter der Gouvernements Podolien und Wolhynien teil. Zweck der Konferenz war die Ausarbeitung von Massnahmen zur Bekämpfung der Cholera und anderer Epidemien.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Dez. d. J. 12883 (264 mehr als in der Vorwoche), darunter 956 Typhus — (52 mehr), 1045 Syphilis — (16 wen.), 320 Scharlach — (5 wen.), 256 Diphtherie — (7 mehr), 97 Masern — (5 mehr), und 9 Pockenkranke — (4 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 9. bis zum 15. Dez. d. J. im ganzen 1004 (552 M., 452 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 26, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 27, Scharlach 22, Diphtherie 30, Croup 0, Keuchhusten 15, Krouposе Lungenentzündung 47, Erysipelas 3, Grippe 11, Katarrhalische Lungenentzündung 78, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 314, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 18, Tuberkulose der Lungen 127, Tuberkulose anderer Organe 32, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 62, Marasmus senilis 42, Krankheiten des Verdauungskanals 135, Totgeborene 52.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 22. Jan. 1908.

Tagesordnung: 1) Westphalen: Ueber die diffuse idiopathische Dilatation des Oesophagus.
2) Amburger: Ein Fall von traumat. Rückenmarksläsion.

Geschäftliche Sitzung: Beratung und Abstimmung
1. über den Modus der Beitreibung rückständiger Mitgliedsbeiträge.
2. über Bildung eines Jubiläumsfonds.

Diejenigen Mitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zur Erlangung eines solchen an den Präses zu wenden.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 14. Jan. 1908.

Tagesordnung: Westphalen: Ueber die Dauerresultate der Therapie des Ulcus ventriculi.

Fischer's Kalender für Mediziner 1908

praktischer Taschenkalender für *Aerzte* **russischer u. deutscher** Notizkalender soeben erschienen Pr. *1 Rbl.* Durch jede Buchhandlung beziehbar. **Fischer med. Buchhdlg. Berlin 35.**

ФОРМАМИНТЪ БАУЭРЪ

(FORMAMINT BAUER)

Новый препаратъ фирмы Бауэръ и К°, Берлинъ S. W. 48. Соединеніе формальдегида съ молочнымъ сахаромъ, имѣется въ продажѣ въ видѣ таблетокъ по 50 шт. въ склянкѣ. o o o o

Употребляется вмѣсто полосканія

ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНІЯ ЗѢВА И ПОЛОСТИ РТА

при различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ (Ангина, Стоматитъ и т. п.) а также и

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХЪ ЦѢЛЕЙ.

Таблетки дѣйствуютъ путемъ медленнаго растворенія во рту. Пріемъ: 1—2 таблетокъ каждый часъ. Литературу и пробы Гг. врачамъ безплатно.

Главное Представительство Санатогена Бауэръ

С.-Петербургъ, Больш. Конюшенная, 29.

Natürliche Mineralwasser





Die Quellen gehören der Französischen Regierung.

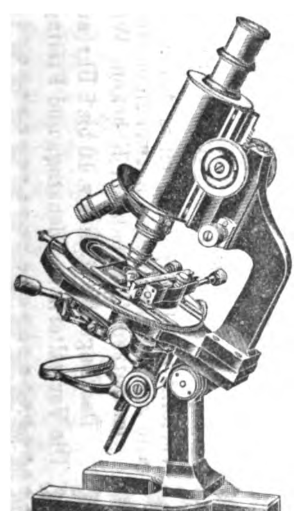
Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle.

VICHY CÉLESTINS — Nieren- u. Harnblasen-Krankheiten.

VICHY GRANDE GRILLE — Leber- und Gallenblasen-Krankheiten.

VICHY HOPITAL — Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens und der Därme.

Akt. Ges. Voigtländer & Sohn, Braunschweig.



Optische und mechanische Werkstätte, *gegr. 1756.*

Abteilung St. Petersb. Katharinenk. 14,

(Ecke Nevsky), Telephon 78—17.

Mikroskope, Hülfsapparate und Zubehör jeder Art.

Photographische Objektive und **Apparate, Feldstecher, Zielfernröhre** etc. etc.

◆ **Bitten gratis Katalog № 110 zu verlangen.** ◆

Telegrammadresse „**Erka**"-**St. Petersburg.**

(25) 3—1.

Dr. Ludwig Braun (Wien)

hat seine ärztliche Praxis in Rapallo aufgenommen.

RAPALLO

Klimatischer Winterkurort

an der italien. Riviera.

1 Bahnstunde von Genua entfernt.

(18) 3—2.

Scharlach-Serum

innerlich zu reichen.

„Scarlatin Marpmann" Nr. 1 zur Vorbeugung
Nr. 2 zur Heilung

zu Rbl. 2.50 Kop. pro Flasche ist in den Apotheken zu haben.

Niederlage für St. Petersburg bei *K. A. Krentzien,*

Sergiewskaja, 3. Telephon Nr. 53-30.

Hauptniederlage beim Generalvertreter für Russland:
K. A. Jung, Moskau, Sadowniki, Haus Priwalow.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel,** Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. JAHRG. 1908

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14. zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 2 St. Petersburg, den 12. (25.) Januar. 1908.

Die Tuberkulose während der letzten Jahrzehnte.

Von

Dr. Ernst Masing.

Präsidialvortrag, zur Jahressitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte am 8. Januar 1908.

Am 24. März des eben verflossenen Jahres wurden es 25 Jahre, dass Robert Koch in der physiologischen Gesellschaft in Berlin seine Entdeckung des Bazillus der Tuberkulose mitteilte. Eine Reihe von Kliniken, Vereinen und medizinischen Zeitschriften haben dieses Jubiläum berücksichtigt. Ich glaube, es ziemt auch unserem Vereine, wenn auch kurz dieser Entdeckung und ihrer Folgen zu gedenken.

Es sei mir aber gestattet, zunächst noch weiter zurückzugreifen, und es sei mir verziehen, wenn dabei manches Persönliche hineingerät.

Vor gerade 40 Jahren verliess ich die Universität und trat in den Dienst eines hiesigen Stadthospitals, das damals vortrefflich geleitet wurde. Ich erhielt, nur dem Oberarzt des Hospitals unterstellt, die Behandlung der männlichen Tuberkulösen. Die Abteilung lag nach dem Hofe zu, die Fenster nach Nordwesten; nie durfte einem die sog. erste Portion gegeben werden. Warum so? Warum der unerfahrenste Arzt, schlechte Räume und ungenügende Ernährung? Antwort: Weil doch Alles verlorene Mühe war, die Kranken waren alle hoffnungslose Todeskandidaten, für deren fruchtlose Behandlung sich die älteren Kollegen bedankten. In ärztlichen Vereinen und Zeitschriften war die Tuberkulose kaum je Gegenstand von Mitteilungen. In den 9 Jahren 1871—1879 ist während 175 Sitzungen des hiesigen deutschen ärztlichen Vereins ein einziges Mal eine Mitteilung über Tuberkulose vorgekommen. Dr. Rauchfuss hatte ein 8-jähriges Mädchen vorgestellt, an der durch eine Kumyskur der Lungenprozess zum Stillstande gekommen war. Man konstatierte nur immer wieder, dass $^1/_7$—$^1/_5$ aller Menschen in den zivilisierten Ländern an ihr starben und dass an diesem unabänderlichen Fatum nicht zu rütteln sei.

Und heute? Zu hunderten sind in den Kulturländern grosse Gebäude, meist geradezu Fürstenschlösser, nur für Tuberkulöse gebaut, die in Deutschland allein über 30 Millionen Mark gekostet haben. An ihre Spitze werden Aerzte berufen, die sich einen Namen erworben haben in diesem Spezialfache. Wohl ausgerüstete Laboratorien mit Reihen von Tierställen stehen dort zur Disposition. Nicht mit der ersten Portion der Hospitäler wird ernährt, nein z. Teil raffinierte Menus, aber immer, auch in den Volkssanatorien, ist reichliche, überreichliche Ernährung an der Tagesordnung. Ich halte mir 8 periodische Zeitschriften und erhalte als Mitglied der Gesellschaft für Bekämpfung der Tuberkulose in Deutschland noch 2 solche — alle ausschliesslich nur der Tuberkulose gewidmet, eine derselben ist ein internationales Zentralblatt bedient von 100 ständigen Referenten aus aller Herren Länder. Cornet hat die Spezialarbeiten die während der letzten 7 Jahre veröffentlicht sind, darunter umfangreiche gezählt, es sind 13,000. In allen Ländern bestehen Vereine zur Bekämpfung der Tuberkulose und in rascher Reihenfolge finden nationale und internationale Kongresse statt für denselben Zweck, eröffnet und begrüsst von den Regenten dieser Länder.

Was ist geschehen, das solchen Wechsel des Interesses für diese Krankheit veranlasst hat?

Zweierlei ist geschehen. Vor 50 Jahren hat Brehmer das erste Sanatorium eröffnet und vor 25 Jahren hat Koch den Erreger dieser Krankheit gefunden. Die Sanatoriumsbehandlung erwies die Heilbarkeit der Tuberkulose in breiten Massen, und die Kenntniss des Bazillus gab klare Blicke in das Wesen und für die Prophylaxe derselben. Das veranlässte den Umschwung. Diese beiden Faktoren verdienen eine etwas nähere Bekanntschaft.

I. Sanatorien. Dem ersten Brehmerschen — Görbersdorff — sind viele gefolgt. In Deutschland waren 1905

von Kommunen gegründet	83
„ Privaten „	32
speziell für Kinder	51
Summa	166

Seitdem sind noch mehrere hinzugekommen. In der Schweiz sind solche im Verhältniss noch zahlreicher, am besten aber ist Dänemark darin versorgt, da kommt auf je 3000 Einwohner ein Sanatoriumsplatz für Tuberkulöse. Es hat sich herausgestellt, dass die Lage über dem Meeresspiegel, der geographische Breitengrad etc. keinen wesentlichen Unterschied giebt in den Resultaten der Behandlung, es sind Davos, Tieflandsanatorien und dänische Küste darin gleich, so dass Leydens Ausspruch auf dem mediz. Kongresse in Moskau 1897 zu recht besteht: „Jede Stadt sollte ihre Tuberkulösen selbst „zur Heilung bringen. Man baue nur im nächsten „Walde in staubfreier Umgebung ein gutes, helles „Haus, stelle an die Spitze einen erfahrenen und ge„wissenhaften Arzt und ernähre die Kranken sehr gut, „so werden die Resultate die besten sein".

Wie sind nun aber die Resultate? Haben die Sanatorien allgemeine Anerkennung gefunden?

Eine kurze entscheidende Antwort ist hier unmöglich. Die Stimmen Einzelner sind ganz bedeutungslos; einige erheben sie hoch, die dort dauernde Heilung gefunden, andere sind voll Groll, deren Nächste trotz aller Behandlungen dort gestorben sind. Aber auch die Statistik, die über grosse Zahlen verfügt, kann keine präzise Antwort geben. Es hängt zu viel vom Material ab und das ist ein zu verschiedenartiges, je nach dem Stadium der Krankheit. Recht allgemein unterscheidet man nach Turban 3 Stadien. Je mehr Kranke einer Anstalt dem ersten angehören, desto besser werden die Resultate sein, je mehr dem dritten Stadium, desto ungünstiger. Dazu kommt, dass diese Stadieneinteilung durch subjektive Urteile der Aerzte keine überall gleiche ist. Will man doch zu einem Urteil gelangen, so tut man am besten, die Jahresberichte einer und derselben grösseren Anstalt zu befragen. Ich wähle das badische Sanatorium Friedrichsheim von 170 Betten für lungenkranke Männer. Alle Entlassenen wurden mit Hülfe der Behörden weiter beobachtet, was in einem verhältnissmässig kleinen aber hochkultivierten Lande am besten möglich ist. Da hat es sich ergeben, dass 5 Jahre nach der Entlassung

von den	Kranken	des	I.	Stadiums	noch	85.8%
„	„	„	II.	„	„	60.9%
„	„	„	III.	„	„	25.2%

arbeitsfähig waren.

Das 4. Jahr nach der Entlassung ergab fast dasselbe, wie das 5., somit kann man annehmen, dass die weiteren Jahre auch nicht viel an diesen Zahlen verändern werden.

Das sind schöne Resultate und, wie gesagt, im Grossen Ganzen wiederholt sich dasselbe auch in anderen Heilstätten. Ja Heilstätten!

Diejenigen, die an der Bezeichnung „Heilung" bei Lungentuberkulösen Anstoss nehmen, seien daran erinnert, dass Chirurgen, die ihren Kranken Rippen oder einige Fuss Dünndarm reseziert haben, wenn diese dauernd arbeitsfähig sind und über keine Beschwerden zu klagen haben, sie doch als geheilt erklären können, wenn da auch im anatomischen Sinne nicht nur Defekte, sondern auch Adhäsionen und Verschiebungen nachbleiben. Ebenso der Augenarzt, wenn sein Patient mit etwa 8/10 Sehschärfe austritt und völlig fähig für seinen Beruf bleibt.

Trotz dieser erfreulichen Resultate der Sanatorien, wird aber doch gegen sie ein Kampf geführt mit Cornet an der Spitze. Eine Reihe von Vorwürfen sind wirklich mehr Verdächtigungen (ob wirklich Alle tuberkulös sind, die eintreten? Ob die Bazillen richtig diagnostiziert werden? Ob die Statistik gewissenhaft geführt wird etc.), die jedenfalls nicht allgemein begründet sind. Der Vorwurf „zu theuer" ist wohl für viele begründet. In Davos oder Wehrawald kostet der Monat 250—300 Rbl. Aber diese sind auch sehr luxuriös eingerichtet, und die darauf Wert legen, mögen das bezahlen. Es giebt ja auch billigere. Man denke, dass Lebensversicherungsgesellschaften die Kosten für Sanatoriumsbehandlung ihren Klienten bezahlen, das geschieht vielfach, und Lebensversicherungsgesellschaften rechnen sehr gut, und wissen, was ihnen vorteilhaft ist.

Die grossen Vorzüge hat die Sanatoriumsbehandlung jedenfalls: Die Kranken werden in die für die Heilung günstigsten Verhältnisse versetzt. Sie können die Ihrigen nicht infizieren. Sie werden erzogen. Das Thermometer, die Wage, das Mikroskop zeigen ihnen den Lohn für strikte Befolgung der ärztlichen Vorschriften, oder die Strafe für Vernachlässigung derselben. Sie lernen den Wert der Abhärtung, der reinen Luft, der reichlichen Ernährung, der Vernichtung der Sputa, der Desinfektion etc. kennen und setzen das fort, wenn sie austreten und propagieren diese Anschauungen im Publikum. Allerdings, alles können die Sanatorien nicht leisten. Für Verdächtige oder ganz leichte Kranke müssen ergänzend Ambulatorien eintreten, vielleicht in Art der französischen „Dispensaires", wo Belehrung und Unterstützung ohne gerade spezifische Behandlung gewährt wird, oder wahrscheinlich noch besser wie die Fürsorgestelle in Danzig unter Petruschky's Leitung mit Tuberkulinbehandlung. Ferner müssten für Schwerkranke, für voraussichtlich Unheilbare, vollständige Hospitäler existieren, auch auf dem Lande, aber mit viel mehr Pflegepersonal als in den Sanatorien üblich. Die Schwerkranken, die ständig liegen müssen, fühlen sich in Sanatorien verlassen und unglücklich. Für solche wären auch die von Kollege Unterberger proponierten Haussanatorien geeignet, wenn die Häuser nur in guter Luft liegen. Denn hier ist nichts mehr zu erziehen, hier ist nur zu pflegen. Leichtkranke werden zu Hause meist in schädlicher Weise entweder verwöhnt oder vernachlässigt, je nach der Aengstlichkeit der Angehörigen; Schwerkranke dagegen fühlen sich doch zu Hause am wohlsten, wenn man ihnen nur gute Luft schaffen kann. Wie aber da ein Haussanatorium z. B. für die Stadt Petersburg möglich ist, ist mir undenkbar, wo an windstillen Sommertagen die Luft überall stinkt, auf den Strassen, in unseren Parks, ja mitten auf unserer herrlichen Newa.

Die Sanatorien also sind der eine Faktor für den Umschwung im Interesse für die Tuberkulose, weil sie bewiesen haben, dass Lungenschwindsüchtige in grossen Massen heilbar sind, nämlich über 85% im Beginn der Krankheit Stehender, aber auch noch 25% solcher mit Cavernen und allen anderen Attributen des III. Stadiums Behafteter. Daher denn der grosse Unterschied

von damals und jetzt. Vor 30 Jahren wird ein 6-jähriges Mädchen einem ärztl. Vereine vorgestellt, weil an ihm das Wunder geschehen ist, dass sein Lungenprozess zum Stillstande gekommen ist, und jetzt sagt ein erfahrener Kliniker: von allen chronischen Organerkrankungen ist die Lungentuberkulose die die am meisten Chancen zur Heilung hat.

II. Der zweite Faktor ist die Entdeckung des Erregers der Tuberkulose. Es ist ein Hochgenuss, die erste grössere Arbeit R. Kochs im II. Bande der Mitteilungen aus dem Reichsgesundheitsamte vom Jahre 1884 immer wieder zu sehen, in der er ausführlich und doch so knapp, so reich an Inhalt und so bescheiden in der Form seine grosse Entdeckung mitteilt. Er beweist dort, dass sein Bazillus alle drei Anforderungen erfüllt, um als wirklicher Erreger dieser Krankheit anerkannt werden zu können, nämlich: 1) er wird bei allen Fällen dieser Krankheit, der Tuberkulose gefunden, 2) er wird nur bei dieser Krankheit und bei keiner anderen gefunden und 3) er erzeugt in Reinkultur dazu empfänglichen Tieren einverleibt immer, ausnahmslos, dieselbe tuberkulöse Krankheit. Aber auch in pathol. anatomischer Hinsicht enthält die Arbeit genaue Details, welche eigentlich von den folgenden 25 Jahren nur bestätigt worden sind; ich wüsste wenigstens nicht, was Andere trotz vielen Forschens hier Wesentliches hinzugefügt oder korrigiert hätten. Koch schildert (und giebt in seinen Abbildungen wieder), wie um den eingedrungenen Bazillus sich der miläre Tuberkel durch Zusammentritt von Rundzellen (Lymphkörperchen) und epitheloiden Zellen bildet, wie mitten unter diesen die Riesenzelle (zuweilen einige) sich entwickelt, in der der Bazillus sich in dem einen Pole aufhält, während am andern die zusammengehäuften Zellkerne liegen, wie dann, nachdem aus dem einen Bazillus hunderte geworden sind, diese sozusagen aktiv werden, die Gruppe der Zellkerne durchbrechen, damit die Riesenzelle zum Schwund bringen und selbst frei werden; neue Tuberkeln werden in dem gleichen Typus gebildet, sie konfluieren, die zentrale Nekrose, die Verkäsung, tritt auf, in der auch schliesslich die Bazillen untergehen etc. etc. Von grosser Bedeutung ist ferner, dass Koch nachweist, wie der Tuberkelbazillus unmöglich, wie andere tierpathogene Bazillen (Milzbrand) eine saprophytische Entwickelung haben kann, da er nur auf tierischen Nährboden (Blutserum und Fleischinfus) und bei mindestens 30° + Cels. gedeihen kann. Also nur im tierischen (menschlichen) Körper kann er gedeihen. Auch seine sehr langsame Entwicklung ist darin entscheidend. Nach alten Regeln der Kunst angelegte Kulturen der Tuberkelbazillen fangen erst nach 10—14 Tagen an sich zu bilden. Ueberall in der Natur sind Mikroorganismen, die meist ein sehr schnelles Wachstum und dito Vermehrungsfähigkeit haben, und die dadurch die Entwicklung aller langsam wachsenden Bakterien auf demselben Nährboden ausschliessen. Wohl können die Tuberkelbazillen ausserhalb des tierischen Körpers ihre Lebensfähigkeit und Virulenz erhalten, ja unter günstigen Umständen (trockner Staub und Dunkelheit) vielleicht unbegrenzt lange; aber auch unter ungünstigen noch lange, z. B. im faulenden Sputum über 6 Wochen. Nur vermehren können sich die Bazillen saprophytisch nicht und daher ist die Lehre von der Ubiquität des Tuberkelgiftes unhaltbar.

Alle Protokolle über die künstliche Erzeugung der Tuberkulose an 35 Kaninchen, 179 Meerschweinchen, ausserdem an Affen, Schweinen, Ziegen etc. teilt Koch in seiner Arbeit mit, damit Jeder Einsicht und Kontrolle üben kann, ob seine Schlüsse die richtigen waren. Volle Anerkennung zollt Koch seinen Vorgängern in dieser Frage, besonders Cohnheim, der als erster die Impfung tuberkulösen Materials in die vordere Augenkammer der Kaninchen einführte, wodurch die Infektiösität der Krankheit bewiesen und die Details der Entstehung der Knötchen beobachtet werden konnten.

Diese Anerkennung Cohnheims berührt um so sympatischer, als es bekannt ist, dass dieser gleich nach Bekanntwerden der Entdeckung des Tuberkelbazillus, als er selbst an Tuberkulose krank dalag, Koch seine grosse Freude mitteilen liess, dass er es noch erlebt habe, dass ein anderer das gefunden, wonach er selbst die letzten Jahre seines Lebens rastlos aber vergebens gesucht habe; er empfinde eine reine, grosse Freude, Ihm kam es auf die Person nicht an, wenn nur die Sache gefördert wurde.

Zum Schluss seiner Arbeit spricht Koch darüber, dass die Entdeckung des Erregers der Tuberkulose wohl in 3-facher Beziehung eine Bedeutung habe: 1) wenn über 200 Impfungen mit Reinkulturen des Bazillus ausnahmslos Tuberkulose erzeugen, so ist die Infektiösität der Krankheit entgültig bewiesen, 2) da dieser wohlcharakterisierte Bazillus nur bei tuberkulösen Erkrankungen vorkommt, so lässt sich durch ihn feststellen, was zur Tuberkulose gehört was nicht (Lupus Fungus der Gelenke, Drüsenaffektionen etc.), 3) endlich kann durch Vernichtung des Bazillus (Sputum) und Abhalten desselben vom Menschen der Prophylaxe gegen die Tuberkulose gedient werden.

Ich glaube nicht, dass es oft in der Geschichte der Medizin vorgekommen ist, dass ein Forscher eine ganz neue Entdeckung nach allen Seiten hin so durcharbeitet und geprüft, so kritisch und so nüchtern, so klar und so wahr, so abgerundet und vollständig der ärztlichen Welt dargelegt hat, wie Koch in dieser seiner Arbeit. Er hat denn auch den Lohn erlebt, die Satisfaktion, dass in 25 Jahren nichts an dem Fundament verändert zu werden brauchte, das er gelegt hatte und auf dem der grosse Bau unterdessen aufgebaut ist.

Aber weit gefehlt, wenn jetzt Jemand annimmt, es sei die Frage der Tuberkulose so weit geklärt, so gesichert in der Erkenntniss, dass Dunkelheiten nicht mehr existieren, dass die Sache abgeschlossen sei. Auch hier bewährt sich der Ausspruch Hamilkar v. Fölkersahm's: „Unser Wissen ist rings vom Meer des Glaubens umflossen; je grösser das Eiland; um so grösser das Gestade". Die Insel unseres Wissens über Tuberkulose ist ausserordentlich gewachsen, aber dementsprechend sind überall neue Hypothesen aufgetaucht, eine Unzahl von neuen Fragen, die trotz eifrigster Arbeit massgebender Forscher bisher ungelöst sind. Nur einige, die wichtigsten seien hier kurz erwähnt.

a) Auf welchem Wege gelangt der Bazillus in den menschlichen Körper? Da von allen Organen die Lungen am häufigsten und schwersten an spontaner Tuberkulose erkranken, lag die Annahme nahe, dass der Erreger derselben eingeatmet werde. Das war und ist auch Kochs Ueberzeugung, der gleichwohl in seiner erwähnten Arbeit auch der andern Infektionswege gedenkt, so der Hautwunden bei direkter Berührung derselben mit Tuberkelbazillen, des Darmes bei bazillenhaltiger Nahrung, der Miliartuberkulose bei bazillenhaltigem Blute etc. Weitere Vertreter des Inhalationsmodus der Infektion sind namentlich Cornet und Flügge, ersterer beschuldigt hauptsächlich das Inspirieren bazillenhaltigen Staubes, letzterer ganz besonders das Einatmen von noch in der Luft suspendierten kleinsten aber doch bazillenhaltigen Tröpfchen Schleimes, die phthisische Kranke durch Husten oder lebhaftes Sprechen produziert hatten. Eine wesentliche Stütze der Inhalationstheorie ist die bei Kaninchen und Meerschweinchen so leicht und sicher zu erzeugende experimentelle Lungen-

tuberkulose durch Einatmen zerstäubten Materials auch durch eine Tracheotomie bei geschlossener Mund- und Nasenhöhle, um dem Einwande zu begegnen, als ob beim Einatmen die Mund- und Rachenschleimhaut die Bazillen aufnehme und hier die primäre Infektion stattfinde. Die Gegner dieser Theorie sagen, es müssten, wäre das Inhalieren das Entscheidende, zunächst Kehlkopf, Trachea und die grossen Bronchien erkranken und nicht die Lungenalveolen. Dagegen weist schon Koch auf die Fähigkeit der Flimmerhaare des Epithels, corpuskuläre Elemente wieder nach oben herauszuschaffen, was bei den Tuberkelbazillen besonders sicher wirken muss, da sie so sehr viel Zeit (10—14 Tagen) brauchen, ehe sie sich zu vermehren anfangen. Ganz analog findet man bei ausgesprochener Darmtuberkulose auch den Oesophagus intakt, obgleich die bazillenhaltigen Nahrungsmittel oder verschluckten Sputa diesen jedenfalls passiert hatten. Also durch Aspiration gelangen Tuberkelbazillen bis in die Alweolen und fangen da zu wuchern. Anatomische Beweise für eine so stattfindende Primärinfektion konnte Koch nicht vorführen, wohl aber für die auf diesem Wege stattfindende Weiterverbreitung in die gesunden Partien derselben oder der anderen Lunge. Wenn tuberkelbazillenhaltiger Caverneninhalt oder Blut nicht ausgeworfen wird, so wird er leicht aus den grossen Bronchien irgendwohin aspiriert. In den Kochschen Abbildungen finden sich Lungenschnitte, wo es ganz zweifellos klar ist, dass eine frische Aussaat von Tuberkelbazillen in die Aleveolen stattgefunden hatte, die alle grade zu einem Bronchus oder Broncheolus gehören.

Ein Hauptgegner der Inhalationstheorie ist Behring, der nur die primäre Infektion durch den Darm, die Fütterungstuberkulose, gelten lässt. Bekanntlich leitet er alle Erkrankungen, auch die im späteren Leben manifest werdenden, von Infektion in frühestem Kindesalter durch die Milch perlsüchtiger Kühe ab. Das Freibleiben des Oesophagus ist in der Tat kein Gegenbeweis. Das infektiöse Material passiert ihn zu schnell auch beim Säugling, bei dem freilich die senkrechte Stellung dieses Kanales nicht existiert, das Plattenepithel ist hier besonders dichtschliessend, einförmig gebaut, zur Aufnahme von Bazillen ganz ungeeignet. Auch der Magen erkrankt ausserordentlich selten primär, wobei die desinfizierende Kraft des sauren Magensaftes die Hauptrolle spielen mag, da er, so viel bekannt, sämmtliche Bazillen zerstört und nur ihre Sporen lebensfähig lässt. Aber andere schwerste Bedenken sprechen gegen die Behringsche Theorie. Im 30 Millionenvolk der Japaner werden die Kinder so gut wie nie mit Kuhmilch ernährt und doch ist die Tuberkulose dort ebenso verbreitet wie in anderen zivilisierten Ländern. Unwillkürlich wendet man sich zur Entscheidung der Frage der primären Infektionstelle an die pathol. Anatomen: ist die Darmtuberkulose als Primärerkrankung häufig nachzuweisen? Die Antwort ist so verwirrend, so widerspruchsvoll, dass der feste Glaube an die Exaktheit der pathol. Anatomie stark erschüttert wird. Eisenhart findet unter 1000 Sektionen einen Fall primär Darmtuberkulose, Grosser unter 1407 Sektionen auch nur einen Fall, Baginsky unter 933 Sektionen keinen einzigen. Dagegen Heller unter 714 Sektionen 53 mal primäre Darmtuberkulose, Lubarsch unter 297 Sekrionen 14, Edens unter 123 Sektionen 11 mal. Diese Widersprüche erschüttern Behring und seine Anhänger nicht. Der Tuberkelbazillus passiert die Darmschleimhaut im Kindesalter leicht und infiziert den ganzen Körper; also z. B. schwere Lungentuberkulose bei intactem Darm und doch war es eine Fütterungstuberkulose. Solches spurlose Durchtreten durch die intakte Darmschleimhaut ist allgemein zugegeben, aber die zugehörigen Lymphdrüsen müssten Spuren hinterlassen. Koch weist darauf hin, dass auch bei generalisierter, in vielen Organen bestehender Tuberkulose, die Mesenterialdrüsen keineswegs häufig verändert sind, und nach seiner Ueberzeugung sind Lymphdrüsen immer Hindernisse für Bakterien. Diese können in den Drüsen untergehen, sie können schliesslich den Durchgang erkämpfen, aber immer werden Spuren in den Drüsen nachbleiben. Das stimmt vollkommen mit der eben von Neporosehny veröffentlichten Beobachtung, dass, wenn er nach der tötlichen Infektion von Kaninchen mit Tuberkelbazillen schon 2 Tage darauf die Behandlung mit seinem Serum begann, die Tiere ganz gesund blieben, und wenn sie dann nach 2 Jahren getötet wurden, fand man nirgends eine Spur von Tuberkulose, nur ausnahmslos in den der Impfstelle zunächst gelegenen Lymphdrüsen waren vereinzelte Narbenstränge. Also diese Drüsen waren infiziert worden, hatten die Bazillen aber nicht glatt durchgelassen. Freilich hat auch eben Bartel in der Wiener klinischen Wochenschrift eine anatomische Studie über den Bau der Lymphdrüsen veröffentlicht; nach ihm sind die Lymphdrüsen im Kindesalter kein so dichter Filter, wie beim Erwachsenen.

In den speziellen Zeitschriften für Tuberkulose regnet es geradezu von Arbeiten in dieser Frage über den primären Infektionsmodus. Die Versuche werden immer exakter, alle Einwände berücksichtigend. Es scheint, als ob die Majorität contra Behring, contra die ausschliessliche Fütterungstuberkulose auftritt. Vor 3 Monaten haben Pfeiffer und Friedberger in der deutschen mediz. Wochenschrift neue Versuchsreihen veröffentlicht, die sehr vorsichtig, kritisch angestellt und durchgeführt sind, und die zum Resultat haben, dass die Inhalation die praktisch wichtigste Quelle der tuberkulösen Infektion ist und der intestinalen Infektion nur eine untergeordnete Rolle zukommt.

Aber noch zwei andere Theorien der Infektion müssen erwähnt werden, wenn auch nur kurz.

Aufrecht verficht mit schneidiger Sicherheit seine Anschauung, dass das Blut der Träger der Infektion sei. Ins Blut müssen die Tuberkelbazillen erst gelangen meist von den Tonsillen aus, vom Blute werden die selbst bewegunslosen Bazillen fortgeführt, in der Wand der kleinsten Arterien bilden sich unter dem Einflusse der Bazillen die ersten Tuberkelknötchen, und da es überall Blutgefässe gäbe, können auch alle Organe so tuberkulös werden.

Auch diese Theorie hat verschiedene Vertreter. Ganz allgemein zugegeben wird die hämatogene Entstehung der Miliartuberkulose. In die Ohrvene eines Kaninchens eingespritzte Reinkulturen von Tuberkelbazillen haben immer weitverbreitete Miliartuberkulose zur Folge. Sehr oft ist bei Sektionen gefunden worden, dass ein tuberkulöser Herd die Wand eines Blutgefässes arrodiert hatte, wo dann immer Miliartuberkulose entstanden war. Ja Koch hat schon 1884 eine Beobachtung mitgeteilt, wo Miliartuberkulose vorlag, die offenbar aus einem tuberkulosen Herde entstanden war, der dicht an einer Arterie lag ihre äussere Wand gelockert hatte, aber die Intima noch nicht perforiert hatte. Auch für die disseminierte Tuberkulose der Gehirnhäute ist der hämatogene Modus wohl zuzugeben; so lange die Knötchen in der pia mater noch einzelstehend sind, sieht man sie wohl in der Richtung der Gefässe angeordnet. Aber speziell für die Lungentuberkulose wird die Aufrechtsche Theorie nicht zugegeben. Die primären Knötchen haben eine ganz andere Anordnung als die Gefässe. Die in der Tat auch in der Gefässwand sich entwickelnden Tuberkeln können oft als von der Adrentitia ausgehend nachgewiesen werden, und nicht von

der Intima, was doch der Fall sein müsste, wenn das Blut der Träger gewesen wäre.

Eine vierte Theorie der primären Infektion weist auf das Lymphsystem hin, besonders auf den lymphatischen Ring im menschlichen Rachen, die beiden Gaumentonsillen, die Rachen- und die Zungentonsille. Sowohl die in der inhalierten Luft, wie die in den Nahrungsmitteln suspendierten T. B. C.-bazillen werden von den lymphatischen Elementen dieser Organe und der Mund- und Rachenschleimhaut überhaupt aufgenommen, mit dem Lymphstrome weiter gefördert, zunächst in den verschiedenen Lymphdrüsen der Halsregion dann aber auch tiefer in die Drüsen der Körperhöhlen, vor allen in die Bronchialdrüsen deponiert, wo sie oft in jahrelanger Gefangenschaft gehalten, da untergehen oder auch siegreich durchbrechen können, um lokale oder allgemeine Tuberkulose zu erzeugen. Diese Theorie hat viel Bestechendes für sich, und ist in Uebereinstimmung mit vielen bekannten Tatsachen. Seit das Interesse für Tuberkulose so erwacht ist, wird von vielen Prosektoren bei Sektionen systematisch nach Resten dieser Krankheit geforscht und besonders das Lymphgefässsystem genau untersucht. Da haben sich denn die überraschenden Tatsachen ergeben, dass Naegeli z. B. in 97% aller Leichen Spuren noch bestehender aktiver, oder latenter, oder endlich völlig abgelaufener Tuberkulose nachweisen konnte. Andere (Burkardt, Schmorl, Franz, Bugge, Lubarsch etc.) sind zu ähnlichen Resultaten gekommen. Am häufigsten fanden sich die Lymphdrüsen in irgend einem Stadium erkrankt. Das ist eine starke Stütze der lymphogenen Infektion, als deren Hauptrepräsentanten wir Westenhöfer, Weichselbaum, Weleminsky, Bartel, Harbitz und andere nennen können. Auch das Experiment gelang wiederholt. Affen wurden Tuberkelbazillen in die Tonsillen eingespritzt und dadurch Lungentuberkulose erzeugt (Ghedini). Pawlowsky injizierte Meerschweinchen T. B. C.-bazillen in den verschiedensten Körperregionen und verfolgte von Stunde zu Stunde ihre Fortbewegung. Immer fand diese in den Lymphbahnen statt, entweder frei in der Lymphflüssigkeit, oft aber auch in polynucleäre Leukocyten eingeschlossen, in welchen sie sich vermehrten und dann diese Leukocyten untergehen liessen (stimmt gut mit Metschnikoff, der nur in den mononukleären Leukocyten die Feinde, Phogocyten, der T. B. C.-bazillen sah). Die Verbreitung der Bazillen auf den Lymphbahnen ist nach Pawlowsky schrankenlos, schliesslich wurden nach Injektionen in die Unterschenkel auch die Halslymphdrüsen infiziert. Interessant ist die Schnelligkeit in der Verbreitung, die Pawlowsky studierte. 4 Stunden nach subkutaner Injektion irgendwo waren die Bazillen in der Milz nachweisbar (alle Stationen dahin liessen sich konstatieren), in 12 Stunden waren sie im Blute, in 24 Stunden im Urin nachzuweisen.

Auch ein anderer russischer Patholog, Prosektor Grusdew in Kronstadt, spricht sich in einer Arbeit betreffend die Seltenheit der primären Oesophagus und Magentuberkulose über die Bedeutung der Lymphorgane für die Verbreitung der Tuberkulose aus. Er revidierte die Protokolle von 18,593 Sektionen des Marinehospitals, und in diesen war nur 5 mal Oesophagus- und 23 mal Magentuberkulose notiert. Er führt das hauptsächlich darauf zurück, dass Oesophagus- und Magenwand fast gar keine Lymphfollikel besitzen und dass die wenigen tief in der Wand sitzen, nicht wie im Darm gleich unter dem Epithel.

Nur schwer widerstehe ich der Versuchung, Ihnen noch eine Reihe anderer Autoren mit ihren interessanten Untersuchungen vorzuführen. Aber der Rahmen dieses Vortrages verbietet das Eingehen in Details. Wohl tobt der Kampf über die primären Eingangspforten der T. B. C.-bazillen ungeschwächt. Wahrscheinlich wird einmal der Friedenschluss auf das Salomonische Urteil hin stattfinden: Alle haben recht, aber keiner ausschliesslieh. Der Bazillus, der ja kleiner ist, als der Durchmesser eines roten Blutkörperchens, kann an jeder Stelle der Epidermis oder des Epithels eindringen, wenn diese Stelle nicht ganz heil ist, und er wird sich dort entwickeln, wenn die mononucleären Leukocyten ihm nicht das Garaus machen.

Ich sprach von unzähligen ungelösten Fragen, die die Entdeckung des T. B. C.-bazillus aufgeworfen hat. Nur die eine ist bisher besprochen. Und nur noch eine andere sei mir gestattet zu erwähnen.

2) Hat die neue Entdeckung die uralte Frage nach der Disposition gelöst? Weiss man jetzt, warum in einigen Familien alle Glieder hinsterben und andere unberührt bleiben? Oder wenn Naegeli recht hat, dass 97% der Menschen tuberkulös infiziert sind, wir überwinden dann doch $^4/_5$ derselben die Krankheit?

Auch in dieser Frage ist viel mit den neuen Hülfsmitteln gearbeitet worden, aber eine Einigung in der Beantwortung ist nicht zustande gekommen. Die Disposition soll nach Freund, Rothschild und anderen, von mechanischen Verhältnissen abhängen. Die zu frühe Verknöcherung der I. Rippe, die Ankylose ihres Gelenks mit dem Sternum, die Verknöcherung des supponierten Gelenks zwischen Manubrium und Corpus stern. etc. werden beschuldigt. Hesse weist auf chemische Ursachen hin, der Grad der Alkalescenz des Blutes sei entscheidend; darauf, dass das Rinderblut alkalischer sei als das menschliche, beruhe es dass Rinder immer gegen die T. B. C.-bazillen des Menschen immun sind. Wieder Andere suchen in biologischen Verhältnissen die Erklärung der Disposition. Die Zahl der aufgenommenen Bazillen ist durchaus nicht gleichgültig, wahrscheinlich wird mit hunderten derselben der Körper immer fertig, erst wenn tausende eingedrungen sind, wird die Sache bedenklich. Ferner ist die Virulenz der Bazillen sehr verschieden, ihre Abstammung — Spengler in Davos will konstatiert haben, dass Bazillen humanen und bovinen Ursprungs einzeln oder gleichzeitig von einem Individuum aufgenommen sein können und dort verschiedene Wirkungen äussern können. Natürlich spielen die Lebensbedingungen der Infizierten eine grosse Rolle; wohlhabende und hygienisch lebende Menschen erkranken weniger als Arme oder Schlemmer. Nur darin ist die allergrösste Majorität der Aerzte einig, dass die sogenannte Vererbung nicht in einer Infektion des Kindes vor der Geburt besteht. Es kommt Infektion durch den plazentaren Kreislauf von der tuberkulösen Mutter vor, aber in einer verschwindend kleinen Zahl von Fällen. Infektion des ovulums durch das sperma des tuberkulösen Vaters wird als so gut wie ausgeschlossen betrachtet. Die tuberkulösen Eltern infizieren ihre Kinder nach der Geburt, und es ist schon möglich, dass die vom Kinde aufgenommenen Bazillen erst nach Jahren zur Geltung kommen.

Endlich sind aber zur Lösung der Dispositionsfrage alle die grossen Entdeckungen und Erfahrungen der modernen Immunitätsforschung hervorgezogen worden, die von Pasteur, Metschnikoff, Calmette, Bordet, besonders aber Ehrlich und seinen Schülern ans Tageslicht gefördert worden sind. Im tuberkulösen Gewebe sind Antikörper, Antituberkulin gefunden worden, Rezeptoren, und Agglutinationsvorgänge sind beobachtet. Höchst wahrscheinlich wird die endgültige Lösung einmal auf diesem Wege gefunden werden.

Diese beiden Fragen: Wie erfolgt die Infektion? Disposition? sind nur zwei von einer grossen Anzahl anderer Fragen, die trotz der gesicherten Entdeckung des

Krankheitserregers nicht nur nicht gelöst, sondern erst recht kompliziert geworden sind. z. B. sind die Bazillen der menschlichen und der Rinder-Tuberkulose identisch oder verschieden? Wie stehen Hühner- und Kaltblütertuberkulose zu beiden? Ist Tuberkulin hochschädlich oder höchst nützlich? Wie ist die Wirkung der Tuberkuline zu erklären? u. s. w. Was muss das doch für eine schwierige Materie, was für dunkle Rätsel sein, dass eine 25-jährige rastlose Arbeit unzähliger, sehr tüchtiger Forscher nicht eine von Allen anerkannte Lösung gebracht hat. Nein die Tuberkulose, ist noch nicht endgültig demaskiert, es werden wohl noch neue 13.000 Arbeiten und wieder 13 000 Arbeiten nötig sein, ehe die medizinische Wissenschaft dieses Ziel erreicht haben wird.

Aber umsonst ist die bisherige Arbeit nicht gewesen. In der Einleitung dieses Vortrages wurde ja das früher und jetzt mit einander verglichen — es sei zum Schlusse desselben gestattet, noch auf einige andere Fortschritte hinzuweisen.

Wie ist die Diagnose der Tuberkulose sicherer geworden! die neuen Hülfsmittel — Nachweis der Bazillen im Sputum, im Urin, in den Fäces, in der Corebrospinalflüssigkeit und anderen Transsudaten die Tuberkulinprobe — Röntgendurchleuchtung, Pirquet's cutani, Calmette's Opthalmoreaction sind von grossem Wert. Aber auch die alten physikalischen Untersuchungsmethoden, die schon vorher einen hohen Grad von Vollkommenheit besassen, sind noch verfeinert und bereichert. Ich kann nicht umhin, darin auch hier auf die Auskultation der Flüsterstimme hinzuweisen. Das ist ja an sich kein neues Verfahren. Laennec konnte es, hier hat es Dr. Moritz sen. vielfach geübt, aber es ist doch in Vergessenheit geraten und wird nicht so wert gehalten, als es verdient. Ganz neuerdings hat Moses in Frankfurt das Interesse für die Bronchophonie der Flüsterstimme neuerweckt, Krönig in Berlin bestätigt den Wert und in Frankreich sagt D'Espine, dass diese Bronchophonie das früheste und sehr oft das einzige Zeichen der Bronchialdrüsentuberkulose sei. Mit oder ohne schwache Dämpfung des Perkussionsschalles neben den Dornfortsätzen des 7. Halswirbels und der nächstfolgenden Brustwirbel hört man hier mehr oder weniger deutlich die Flüsterstimme („sechs und sechzig") consonieren. Aber auch an jeder anderen Stelle des Brustkorbes kann dieses Symptom auftreten und ist dann sehr zu beachten. Für feinere Unterscheidungen könnte ich es unmöglich mehr entbehren.

Endlich ist die Arbeit dieser 25 Jahre auch im Hinblick auf die Therapie der Tuberkulose nicht vergeblich gewesen. Dass in den Heilstätten 25—60—85% der Behandelten dauernd arbeitsfähig werden (je nach dem Stadium der Krankheit) das war schon gesagt. Aber nur ein Teil der Tuberkulösen kommt in die Heilstätten. Daher imponiert noch ganz anders die Tatsache, dass in Baden während der Jahre 1876 bis 1906 die Sterblichkeit an Tuberkulose von 30,24 auf 19,48 (von je 10.000 Lebenden) gesunken ist. Für Preussen gilt dasselbe. Wem ist das im Wesentlichen zu danken, als der besseren Erkenntnis der Krankheit durch die Entdeckung des Erregers, der Belehrung und Erfahrung des Publikums. Wenige Jahre nach Gründung von Görbersdorf wurde für die Umgebung des Ortes eine Abnahme der Sterblichkeit an Tuberkulose beobachtet. Die Prophylaxe im weitesten Sinne ist an Nahrungsmitteln, Wohnungen, Isolierungen und Vernichtung der Sputa vielfach staatlich eingeführt und geübt und wird vom Publikum gern unterstützt, der Sinn derselben ist zu einleuchtend.

Aber auch der spezifischen Behandlung muss Erwähnung geschehen. 1890 veröffentlichte Koch sein erstes Tuberkulin, dem er später Modifikationen hinzufügte. Seitdem sind eine ganze Reihe von Tuberkulinen bekannt gegeben. Viele Forscher haben sich bemüht, das Mittel zu verbessern, indem sie, an dem Prinzip des Alttuberkulins festhaltend, entweder andern Nährboden für die T. B. C.-bazillen wählten, oder auf demselben Nährboden andern T. B. C.-bazillen als die des menschlichen Typus wachsen liessen. Von den vielen seien nur Klebs, Behring, Denys, Beraneck, Spengler genannt. Andere haben Emulsionen von Tuberkelbazillen verwandt, wieder andere suchten passive Immunität durch Heilsera nach Analogie des Behring'schen Diphtherieserums; zu erzeugen. Dieser Weg schien theoretisch nicht aussichtsvoll. Die T. B. C.-bazillen produzieren kein freies Toxin, wie die Diphtheriebazillen. das dann ins Blut gelangen und dort durch Heilsera, Antitoxine. neutralisiert werden kann. Die T. B. C.-bazillen behalten ihre Toxine als Endtoxine in ihrer wachsartigen Hülle. Aber doch haben sich auch die Sera Siege und Anerkennung zu schaffen gemacht. Die bekanntesten von ihnen sind das Marmorek'sche, das von Maragliano und ganz neuerdings von Neporoshny hier. Alle diese Tuberkuline, Emulsionen und Sera haben ihre Verehrer gefunden. Schöller empfiehlt das Denys'sche dringend, Sahli das Beraneck'sche, Kollege Feldt hat in unsrem Vereine günstige Mitteilungen über das Marmorek'sche Serum gemacht, aber doch noch erfreut sich das Alttuberkulin Koch's der meisten und immer noch wachsenden Anerkennung. Seitdem diese sehr differenten Mittel in so vorsichtiger Weise angewandt werden, dass irgend erhebliche Fieber-Reaktionen gar nicht vorkommen, fallen die üblen Erfahrungen weg, die guten aber bestätigen sich mehr und mehr. Für uns hat das Neporoshny'sche Serum ein besonderes Interesse, da es aus unsrem Lande hervorgeht. Noch ist es nicht genügend geprüft, um ein Urteil zuzulassen — aber es scheint bei völliger Ungefährlichkeit günstige Wirkungen zu haben. Neporoshny's Veröffentlichungen über die Darstellung sind so kurz und flüchtig, dass man keine rechte Vorstellung darüber gewinnen kann. Die Idee scheint geistvoll und richtig. Er weiss, dass den Endotoxinen nicht mit einem Antitoxine beizukommen ist, er muss daher erst die schützenden Hüllen der Bazillen zu zerstören suchen, um dann das freiwerdende Endotoxin mit dem im Serum enthaltenden Antikörper unschädlich zu machen. Nun hat Metschnikoff konstatiert, dass die mononucleären Leukocyten die speziellen Phagocyten der T. B. C.-bazillen sind. Daher ruft Neporoshny zunächst eine Vermehrung dieser mononucleären Leukocyten im Blute seiner serumspendenden Tiere hervor und gleichzeitig erzeugt er auf die bekannte Weise in diesem Serum die Antikörper.

Wollen wir hoffen, dass dieses aus unsrem Lande hervorgehende Heilmittel sich an unsren Kranken bewähren und dem Erfinder Ruhm und Ehre einbringen möge. Was ist das für eine grosse Zeit, in der wir leben. Ich glaube nicht, dass die Geschichte der Medizin ein Analogon für diese letzte Jahrzehnte aufweisen kann. Man denke an die Antiseptik in der Chirurgie und Geburtshülfe, was für eine Umwälzung hat sie in diesen Disziplinen hervorgerufen. Aber die interne Medizin kann mit gleichem Rechte hinweisen auf ihre Triumphe in der Erforschung der Aetiologie der Krankheiten und den daraus folgenden Heilbestrebungen. Scharen von Forschern haben sich daran beteiligt, deren Namen unvergessen sein werden, aber am hellsten leuchtet doch wohl das Dreigestirn Pasteur, Koch und Ehrlich. Wollen wir uns freuen, dass noch 2 von ihnen leben und noch in voller Kraft schaffen. Ehrlich, erst 54 Jahre alt, hat am meisten beigetragen, um einen ganz neuen Zweig der medizinischen Wissenschaft so bedeutend zu machen, dass gewiss bald an den Hochschulen separate Katheder für die Immunitätslehre gegründet

werden. Und jetzt wendet er seine ganze Kraft der Erforschung der malignen Neoplasmen zu. Was würde das für ein Jubel sein, wenn auch die Karzinome und Sarcome von ihren Schrecken verlieren würden. Nun das ist Zukunftsmusik. Aber gegenwärtige und höchst greifbare Tatsache ist es, dass die grösste Feindin der menschlichen Gesundheit und des menschlichen Lebens, die Tuberkulose sehr viel von ihren Schrecken eingebüsst hat. Die reine Freude Cohnheims sei auch die unsre, dass richtige Blicke in das Wesen dieser Krankheit möglich sind, dass dadurch viel mehr Möglichkeiten zu ihrer erfolgreichen Bekämpfung gefunden sind, dass ihr auch tatsächlich immerfort Scharen von Opfern entrissen werden, und dass wir allen Grund haben anzunehmen, dass unsre Siege auf fernerhin immer sicherer und glänzender sein werden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Beitzke, H. Taschenbuch der pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth. 1907.

Zahlreiche kleinere und grössere Werke über pathologische Untersuchungsmethoden sind bekannt und in wiederholten Auflagen erschienen, doch dürfte auch dieses kleine in Taschenbuchformat mit weissen Blättern durchschossene Buch Liebhaber finden, da es auf 77 Seiten das Wichtigste und vielfach auch das Neueste in knapper Form bringt. Ein Anhang enthält auch das Wichtigste über Konservierung pathologisch-anatomischer Präparate in den natürlichen Farben.

Der Preis beträgt 2 Mk. 50.

Ucke.

Kisskalt, K. und Hartmann, M. Praktikum der Bakteriologie und Protozoologie. Mit 89 teils mehrfarbigen Abbildungen im Text. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1907.

Es ist eine sehr glückliche Idee von den Verf. dieses Buches gewesen das rein praktische Fach in die Form gekleidet zu haben, in der es einzig und allein erlernt wird, nämlich — das Praktikum. Auch in theoretischen Vorlesungen wird die Bakteriologie gelegentlich behandelt, aber erlernt wird sie doch nur im Laboratorium und aus diesem ist das Buch hervorgegangen. Es beginnt mit einer Aufzählung der Reagentien und des Instrumentariums, dessen man zu den Versuchen bedarf und in Anlehnung an einen Cursus, dem das Gerippe offenbar entstammt, ist der Stoff in Tagesaufgaben eingeteilt. Wir finden hier die Präparation der wichtigsten Nährböden, die Isolirung und Bestimmung der pathogenen Mikroorganismen, und das Alles so gruppiert, dass wir uns leicht in den Gang der Untersuchung herein finden können.

Der zweite Teil, der den Protozoen gewidmet ist, giebt den Stoff in zoologisch-systematischer Anordnung und gewinnt durch die vielen Abbildungen, die zumal von den Entwickelungscyklen eine Vorstellung geben und das Verständnis erleichtern.

Ucke.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der auch in weiteren Kreisen bekannte hiesige Arzt Dr. Georg Krich, welcher bereits im vorigen Jahre auf eine 50-jährige ärztliche Tätigkeit zurückblicken konnte, wurde vom Verein St. Petersburger Aerzte anlässlich seines goldenen Doktorjubiläums und in Anerkennung seiner Verdienste um den Verein zum Ehrenmitgliede ernannt. — Dr. Krich, welcher gegenwärtig im 78. Lebensjahre steht, stammt aus Reval und hat seine medizinische Bildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1850—54 Medizin studierte und i. J. 1857 auch die Doktorwürde erlangte. Nachdem er sodann behufs weiterer Vervollkommnung seine Studien in Berlin, Wien und Paris fortgesetzt hatte, liess er sich als praktischer Arzt in St. Petersburg nieder, wo er 1860—63 auch als Ordinator am Hebammeninstitut der Grossfürstin Helene Pawlowna fungierte und seit 1879 Arzt an der Sternwarte zu Pulkowo ist. Dr. Krich ist gegenwärtig das älteste noch lebende aktive Mitglied (seit dem 29. Sept. 1859) des Vereins St. Petersburger Aerzte, in welchem er auch seit nahezu 40 Jahren das Amt des Kassierers bekleidet. Er redigierte auch mehr als ein Jahrzehnt das Organ des Vereins, die «St. Petersburger medizinische Zeitschrift», welche, als im Jahre 1876 die «St. Petersb. med. Wochenschrift» ins Leben trat, einging.

— Der Präsident des Medizinalrats, Geheimrat Dr. Ragosin, ist auf zwei Monate ins Ausland beurlaubt worden.

— Der Professor der Hygiene an der Universität Kasan, wirkl. Staatsrat Dr. Michael Kapustin, ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden. Er ist bekanntlich Mitglied der Reichsduma, in der er der Partei des 17. Oktober angehört.

— Den Professoren der Moskauer Universität Dr. L. Morochowez (Physiolog) und Dr. A. Gubarew (Gynäkolog) ist der Wladimirorden III. Klasse verliehen worden.

— Der stellv. Gouvernements-Medizinalinspektor des Gouvernements Radom, wirkl. Staatsrat Dr. Ssawtschenko, ist in diesem Amte bestätigt worden.

— Zum Gehülfen des Gouvernements-Medizinalinspektors von Pleskau ist der ältere Kreisarzt, Staatsrat Dr. Pychlau, ernannt worden.

— Der bekannte Spezialist für Hautkrankheiten Dr. P. G. Unna wurde vom Hamburger Senat als der erste praktische Arzt in Hamburg mit dem Professortitel ausgezeichnet.

Nekrologe:

Verstorben sind: 1) Am 2. Januar in Wladiwostok der ältere Arzt der sibirischen Flottenequipage, Staatsrat Dr. Ludwig Birk, am Abdominaltyphus im 55. Lebensjahre. Zu Dorpat im Juni 1853 geboren, besuchte der Hingeschiedene daselbst das Gymnasium und widmete sich dem Studium der Medizin an der dortigen Universität von 1874—80. Nach Erlangung der Doktorwürde war er anfangs Arzt in Dorpat und auf den umliegenden Gütern, trat aber bald in den Marinesanitätsdienst und fungierte als Marinearzt im Stillen Ozean, dann von 1884 als jüngerer Ordinator am Militärhospital zu Wladiwostok und seit 1902 als älterer Arzt der sibirischen Flottenequipage in Wladiwostok. Seine durch und durch rechtliche Natur, rühmt die «Nordl. Ztg.» ihm nach, erwarb ihm viele Freunde und sein treues warmes Empfinden für die Heimatstadt hat er wiederholt betätigt — so u. a. nach dem Brande des Dorpater Sommertheaters durch eine reichliche Spende für ein neuzuerbauendes Theater. In seinem Hause fanden daher auch deutsche Balten, die in das ferne Wladiwostok verschlagen wurden, stets gastliche Aufnahme und guten Rat. 2) Kurz vor Weihnachten im Städtchen Gorodok (bei Rowno in Wolhynien) Dr. Theodor Richter nach 15-jähriger ärztlicher Tätigkeit am Typhus im Alter von 40 Jahren. Er stammte ebenfalls aus den Ostseeprovinzen und hatte seine medizinische Ausbildung gleichfalls an der Dorpater Universität erhalten, die er i. J. 1893 mit dem Arztgrade absolvierte. Dr. Richter leitete das in der Nähe der Stadt Rowno von dem bekannten Philanthropen Baron Steinheil auf seinen Gütern erbaute Krankenhaus und hat sich durch seine Treue im Beruf und durch sein menschenfreundliches Wesen die Sympathien aller derjenigen erworben, die mit ihm in Berührung kamen. Er hinterlässt eine Wittwe mit mehreren unerzogenen Kindern. 3) Am 6. Januar hierselbst nach langem Krankenlager der Direktor und Oberarzt des St. Petersburger Findelhauses, wirkl. Staatsrat Dr. Michael van Puteren, im 55. Lebensjahre. Nach Absolvierung der mediko-chirurgischen Akademie i. J. 1875 wurde v. Puteren Kinderarzt, dann 1887 jüngerer Arzt und 1903 Oberarzt am Findelhause. Viele Jahre hielt er auch als Privatdozent Vorlesungen über Kinderkrankheiten an der militär-medizinischen Akademie. Zugleich war er Vorstand des Ambulatoriums der Gesellschaft zur Fürsorge für arme und kranke Kinder sowie Arzt und Mitglied verschiedener Wohltätigkeitsgesellschaften. 4) In Halle der bekannte Kliniker Geheimrat Dr. Freiherr Joseph v. Mering, Direktor der dortigen med. Universitätsklinik, im 59. Lebensjahre. Der verdienstvolle Arzt, dessen Hinscheiden die medizinische Welt mit Bedauern vernehmen wird, war besonders auf dem Gebiete der physiologischen Chemie sehr

erfolgreich tätig. Ausser seinen Einzelstudien über Diabetes, Phosphorvergiftung, die Wirkung des Quecksilbers, über das Verhalten der Magensäure etc. verdanken wir v. Mering mehrere Lehrbücher. Prof. v. M. war in Köln geboren; er studierte in Bonn, Greifswald und Strassburg und arbeitete nach seiner Promotion i. J. 1873 als klinischer Assistent bei Prof. Frerichs in Berlin und dann bei Hoppe-Seyler in Strassburg, wo er sich später als Privatdozent für physiolog. Chemie habilitierte und 1886 ausserordentlicher Professor wurde. 1890 folgte er einem Rufe an die Universität Halle, an der er 1900 nach dem Tode Prof. Webers Direktor der medizinischen Klinik wurde.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Zur Tilgung der Schulden der Dorpater Universitätskliniken hat, wie die «Nordl. Ztg.» erfährt, das Ministerium der Volksaufklärung in Einverständnis mit dem Finanzministerium und der Reichskontrolle es für möglich befunden, ein Gesuch der Universität um Gewährung von 48,928 Rbl. 91 Kop. prinzipiell zu bewilligen. Zur Bestreitung dieser Ausgaben sind vom Ministerium der Volksaufklärung die ihm von seinem Budget für 1907 übriggebliebenen Summen in Aussicht genommen worden. Die am meisten verschuldete Klinik ist die psychiatrische, die von der obengenannten Summe über 20,200 Rbl. bekommen soll. Die Bewilligung des Gesuches bedarf noch der Bestätigung des Ministerkomitees.

— Die vom Ministerium der Volksaufklärung eingeleitete Untersuchung gegen solche Personen, die auf Grund gefälschter Reifezeugnisse in die Hochschulen aufgenommen waren, soll bereits etwa 70 solcher Fälle konstatiert haben. In Dorpat ist der 28-jährige Fedor Tschumak, der sich an der dortigen Universität zum Provisorexamen vorbereitet, verhaftet worden, weil er ein falsches Gymnasialzeugnis aus Kiew vorgestellt hatte. Wie er behauptete, hat er dieses Zeugnis dort für 700 Rbl. erstanden. Den der Benutzung gefälschter Zeugnisse Ueberführten droht Verbannung und Rechtsverlust.

Standesangelegenheiten.

— Registrierung von ärztlichen Vereinen. Von der St. Petersburger städtischen Behörde für Vereinsangelegenheiten wurden neuerdings die «Russische urologische Gesellschaft» sowie die «Gesellschaft zur Versorgung von Waisenkindern d. Aerzte» legalisiert, während das Gesuch um Registrierung der «St. Petersburger odontologischen Gesellschaft» abschlägig beschieden wurde.

— Die Organisation des Russischen Komitees für den internationalen Tuberkulosekongress, der in diesem Herbst in Washington stattfindet, haben der Leibmedikus Dr. Leo Berthenson und der Privatdozent der mil.-med. Akademie Dr. J. O. Raptschewski übernommen.

— Der Medizinalrat hat zum Vertreter im Bureau der internationalen Krebskonferenz seitens Russlands den Direktor des Instituts für experimentelle Medizin Prof. Dr. W. Podwyssotzki gewählt.

— Der bekannte Pariser Chirurg Dr. Doyen, der sich zur Aufnahme in die Zahl der Mitglieder bei der ältesten Pariser ärztlichen Gesellschaft «Société de médecine de Paris» gemeldet hatte, ist, wie dem «R. Wratsch» mitgeteilt wird, beim Ballotement durchgefallen.

— Der Gouverneur von Witebsk hat dem Stadtamt vorgeschrieben, den städtischen Sanitätsarzt Dr. Vincenz Zarembo aus dem Dienst zu entlassen, weil er i. J. 1905 an der Gründung des Bauernbundes teilgenommen hat.

— Der St. Petersburger Appelhof hat, nach zweimaliger Kassation des Urteils durch den Senat, den Studenten der militär-medizinischen Akademie Jochelson für Aufbewahrung von Sprengstoffen zu achtjähriger Zwangsarbeit verurteilt.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Am 8. Jan. fand die übliche Jahresversammlung des Vereins St. Petersburger Aerzte statt. Zu Beginn der Sitzung überreichte der Präses Dr. Blessig dem langjährigen Mitgliede und Kassierer des Vereins Dr. Georg Krich mit einer kurzen Anrede das Ehrenmitgliedsdiplom. Den Präsidialvortrag hatte diesmal Dr. Ernst Masing übernommen, der eine interessante Skizze von der Entwickelung und den Fortschritten in der Diagnostik und Behandlung der Tuberkulose seit der Entdeckung des Tuberbazillus entwarf. Aus dem Jahresbericht entnehmen wir, das der Verein im verflossenen Jahre 16 Sitzungen abgehalten hat, auf denen 44 wissenschaftliche Vorträge gehalten wurden. Bei den nun folgenden Wahlen wurden in den Vorstand für 1908 Dr. E. Blessig—zum Präses, Dr. W. Fick—zum Vizepräses, Dr. A. Ucke—zum geschäftsführenden Sekretär, Dr. G. Krich — zum Kassierer, Dr. Wanach — zum Bibliothekar wiedergewählt und Dr. Fuhrmann — zum wissenschaftlichen Sekretär neugewählt.

— Auf dem in den letzten Tagen in Moskau abgehaltenen II. Kongress russischer Gynäkologen u. Geburtshelfer wurde Prof. Dr. Ott (St. Petersb.) zum Präsidenten gewählt. Der nächste Kongress wird i. J. 1909 in Kiew tagen. Dem Organisationskomitee sind folgende Personen als Mitglieder beigetreten: Prof. Snegirew (Vorsitzender), A. V. Rachmanow, S. S. Cholmogorow, J. J. Jurassowski, A. P. Gubarew, N. J. Pobedinski, S. F. Simin, A. J. Iwanow, A. M. Makejew u. G. A. Greife.

Verschiedene Mitteilungen.

— Zur Organisation einer rationellen Augenpflege bei den Eisenbahnangestellten hat das Ministerium der Wegekommunikationen 600,000 Rbl. angewiesen. Die Eisenbahnverwaltungen werden verpflichtet, Okulisten (mit einer Gage von 1200 Rbl.) anzustellen, welche die Aufgabe haben werden, nicht nur die Ambulanzen zu bedienen, sondern auch die Linien in bezug auf Augenkranke zu inspizieren und wo nötig, die augenkranken Angestellten zu behandeln.

— Die St. Petersburger Stadtduma hat in ihrer letzten Sitzung zur Beköstigung der in den städtischen Hospitälern Dejourierenden einen Kredit im Betrage von 10,000 Rbl. und für die Einrichtung einer Baracke für Infektionskranke 2600 Rbl. angewiesen. In dieser Sitzung kam auch die Ueberfüllung der städtischen Hospitäler zur Sprache. Es sind in den Hospitälern alle Räume besetzt; die Kranken schlafen sogar in den Korridoren, in den Wannenzimmern u. s. w. Ganz besonders überfüllt ist das Obuchowhospital, wo in der Männerabteilung, die für 759 Kranke berechnet ist, jetzt 1354 Kranke und in der Frauenabteilung, statt 414 — 891 Kranke untergebracht sind. Die Duma beschloss, ihr Exekutionsorgan aufzufordern, schleunigst für die Uebertührung der überzähligen Kranken in ein passendes Lokal zu sorgen.

— Cholera. Nach dem letzten Bericht der Allerhöchst eingesetzten Kommission zur Verhütung der Pest etc. ist im Laufe der Woche vom 2.—8. Januar im ganzen Reiche keine einzige Neuerkrankung an der Cholera gemeldet worden. Im Hinblick auf die Gefahr des Wiederausbruchs der Cholera im Frühling hat das Ministerium des Innern aber die Gouverneure aufgefordert, rechtzeitig die erforderlichen sanitären Vorsichtsmassregeln zu treffen.

— Haematogen-Pastillen. Wir machen darauf aufmerksam, dass die durch ihr Haematogenum siccum in Pulverform und Haemotogenum liquidum bekannte chemische Fabrik Trampedach & Co. in Riga neuerdings auch Haematogen-Pastillen herstellt, um die unerwünschten Beimischungen des flüssigen Haematogens Glyzerin und Alkohol zu vermeiden. Das Haematogenum siccum besteht aus gereinigtem Haemoglobin, ist in Wasser löslich, leicht verdaulich und billiger im Gebrauch als das flüssige Präparat, welches sich auch leichter zersetzt.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. Dez. d. J. 12831 (52 wen. als in der Vorwoche), darunter 1064 Typhus — (108 mehr), 933 Syphilis — (112 wen.), 293 Scharlach — (27 wen.), 240 Diphtherie — (16 wen.), 99 Masern — (2 mehr), und 28 Pockenkranke — (19 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 16. bis zum 22. Dez. d. J. im ganzen 1044 (580 M., 464 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 33, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 32, Scharlach 22, Diphtherie 26, Croup 0, Keuchhusten 10, Kroupöse Lungenentzündung 50, Erysipelas 6, Grippe 6, Katarrhalische Lungenentzündung 98, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 192, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 17, Tuberkulose der Lungen 139, Tuberkulose anderer Organe 32, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 71, Marasmus senilis 55, Krankheiten des Verdauungskanals 140, Totgeborene 55.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 22. Jan. 1908.

Tagesordnung: 1) Westphalen: Ueber die diffuse idiopathische Dilatation des Oesophagus.
2) Amburger: Ein Fall von traumat. Rückenmarksläsion.

Geschäftliche Sitzung: Beratung und Abstimmung
1. über den Modus der Beitreibung rückständiger Mitgliedsbeiträge.
2. über Bildung eines Jubiläumsfonds.

Diejenigen Mitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zur Erlangung eines solchen an den Präses zu wenden.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 14. Jan. 1908.

Tagesordnung: Westphalen: Ueber die Dauerresultate der Therapie des Ulcus ventriculi.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 3 St. Petersburg, den 19. Januar (1. Februar). 1908.

Die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit.

Von

Dr. Albert Haller. — Reval.

Vortrag gehalten auf dem IV. Estländischen Aerztetag 11.—13. Nov. 1907.

M. H. Durch Robert Kochs Forschungen wissen wir, dass die Tuberkulose eine Infektionskrankheit ist und um sie erfolgreich zu bekämpfen brauchen wir daher im Allgemeinen dieselben Massnahmen, die uns zur Bekämpfung anderer Seuchen zur Verfügung stehen. Die Art der Bekämpfung wird im Speziellen durch die spezifischen Arteigentümlichkeiten der Tub.-bazillen modifiziert sowie ferner dadurch, dass die Tuberkulose eine exquisit chronische und dabei seit Jahrhunderten endemische, weitverbreitete Volkskrankheit ist. Unsere Massnahmen haben sich daher nicht nur gegen die einzelnen Träger und Verbreiter der Tb.-bazillen zu richten, sondern sind auch allgemein sozialer Natur, werden aber nur da voll wirksam und durchführbar sein wo bereits ein gewisser Volkswohlstand erreicht ist.

Es ist klar, dass die Bekämpfung der Tbc. als Volkskrankheit nur dann von Erfolg sein wird, wenn sie zentralisiert ist und von einheitlichen Gesichtspunkten ausgeht d. h. wenn der Staat oder eine grössere Kommune sie in die Hand nimmt. Es soll dabei nach den Ausführungen Kochs', Biggs', Kirchner's und anderer folgendermassen verfahren werden.

1. Alle Fälle von Tbc., manifester und latenter, unterliegen der gesetzlichen Anzeigepflicht und werden in den Gesundheitsbehörden registriert.

2. Kostenlos erfolgt die gesetzliche Desinfektion wenn nötig während der Krankheit, immer aber wenn die Wohnung eines Tb. durch Umzug oder Tod frei geworden ist.

3. Die bakteriologische Untersuchung des Auswurfs wird so erleichtert und jedem zugänglich gemacht, dass es möglich ist den Auswurf jeder Person, die länger als 2—3 Wochen Husten mit Auswurf hat, untersuchen zu lassen.

4. Zur Differentialdiagnose in zweifelhaften Fällen werden Spezialanstalten geschaffen, wo neben der physikalischen Untersuchung durch Tuberkulineinspritzung oder Röntgenuntersuchungen die Diagnose sicher gestellt wird.

Zur Behandlung Tuberkulöser werden errichtet:

1) Ein Aufnahme-Krankenhaus für die Aufnahme, Beobachtung, Klassifikation und weitere Verteilung der Fälle.
2) Krankenhäuser innerhalb der Städte zur Aufnahme für vorgeschrittene Fälle.
3) Sanatorien auf dem Lande für Initialtubc.
4) Kolonien auf dem Lande für Rekonvaleszenten.
5) Polikliniken für ambulatorische Fälle.

5. Die im Hause verbleibenden ärmeren Tuberkulösen werden einer fortlaufenden Ueberwachung und medizinischen Inspektion unterzogen; ebenso werden alle Familienglieder, wenn manifeste Tbk. in der Familie festgestellt ist, untersucht und über die Prophylaxe unterrichtet.

6. Es wird eine Nahrungsmittelkontrolle eingeführt und alles Fleisch, Milch Butter die sich als tuberkulöser Provenienz erweisen, vom Verkauf ausgeschlossen.

7. Tuberkulöse Kinder werden von den öffentlichen Schulen ausgeschlossen und geeigneten Anstalten überwiesen; tuberkulöse Gefangene werden in Einzelhaft gehalten und die Zelle später desinfiziert.

8. Personen mit offener Tuberkulose können kein Amt oder Dienst versehen an Orten, wo viele Leute notwendigerweise mit einander in Berührung kommen, sowie keine Gewerbe betreiben, bei dem die Uebertragung der Krankheit durch das hergestellte Produkt möglich ist.

Dazu wird eine ärztliche Kontrolle sämmtlicher derartiger Anstalten eingerichtet. Ferner wird für öffentliche Belehrung des Publikums über Entstehung und Verhütung der Tbk. durch Vorträge, Merkblätter, Ausstellungen, stereoptische Darstellungen und Nebelbilder gesorgt und die Verbesserung der Wohnungs- und Bauverhältnisse durch verbindliche Verordnungen in die Wege geleitet. Eine Wohnungsinspektion wacht über die Einhaltung dieser Regeln.

Leitet der Staat in der skizzierten Weise den Kampf ein, und stehen ihm private Vereinigungen und Armenpflegen durch Schaffung von Extranahrung, Betten, Kleidern, sanitären Wohnungen etc. zur Seite, so muss unseren heutigen Anschauungen nach die Tuberkulose bald abnehmen und schliesslich schwinden.

M. H. Es ist aber dafür gesorgt, dass die Bäume nicht in den Himmel wachsen; die Tuberkulosefrage ist in erster Linie eine Geldfrage und es ist sehr fraglich, ob ein Staat oder die Gesellschaft jemals über die nötigen Mittel verfügen wird, um die angedeuteten Massnahmen voll verwirklichen zu können.

Wenn Robert Koch in seiner Nobel-Rede in Stockholm im Dezember 1905 sagte: der Kampf ist auf der ganzen Linie entbrannt und es giebt wohl kaum ein Land, wo nicht die Bekämpfung der Tbc. aufgenommen ist, so konnte er damit nur die private Initiative meinen, die allerorts voller Eifer bemüht ist der Tbc. Schranken zu schaffen, denn Norwegen ist so viel ich weiss, das einzige Land, wo der Staat aktiv selbst zu Felde zieht. Die Anzeigepflicht und Desinfektion für Tbc., ja die Isolierung vorgeschrittener Tuberkulöser ist in Norwegen seit 1899 zum Gesetz erhoben. Die Isolierung hat im Institut der norwegischen Pflegeheime nachahmenswerte Lösung gefunden.

Diese Heime, in denen vorgeschrittene Tuberkulöse Aufnahme finden, fassen 10, höchstens 20 Betten und werden von staatlichen und kommunalen Behörden unterhalten. Sie werden möglichst auf dem Lande verteilt; Administration und Ausstattung sind einfach und zweckmässig, die Pflegerin besorgt zugleich die Administration; die Baukosten sammt Inventar belaufen sich auf 800—1200 Kronen pro Bett, und der Verpflegungstag kostet durchschnittlich 1½ Kronen. Die Pfleglinge sind meist in dem Wohnsitz ihrer Angehörigen untergebracht, können daher deren Besuch empfangen. Dieser Umstand und die familiäre Art der Anstalten, die wie ein gewöhnlicher Haushalt betrieben werden, wirkt auf die Kranken einladend und andererseits ist die Erkenntnis der Notwendigkeit der Isolierung hier doch schon so weit gediehen, dass dadurch der Wunsch, die Kranken selbst zu pflegen, überwunden wird.

Auch in Brasilien hat die Verstaatlichung der Tbc.-bekämpfung in zum Teil mustergültiger Weise sich Bahn gebrochen; in allen übrigen Ländern aber sind es nur private Vereinigungen und grössere reiche Stadtgemeinden, die den Kampf aufgenommen haben. Die angewandten Kampfesmittel sind ja nach Anschauung, Volkscharakter und Klima verschieden und entbehren der steten Einheitlichkeit.

In Deutschland versprach man sich im Beginn der Tuberkulosebewegung von den Volksheilstätten alles und dementsprechend setzte eine gewaltige Agitation ein. Nicht nur Besserung und Heilung der Kranken, auch ihre Erziehung zu hygienischem Leben sowie prophylaktische Vorteile versprach man sich. Hauptsächlich durch materielle Beihülfe der staatlichen Versicherungsanstalten sind die 87 Volksheilstätten Deutschlands geschaffen worden, die über 8422 Betten verfügen und 1906 allein 31375 Tuberkulöse mit einem Aufwande von 11½ Millionen Mark verpflegt haben. Dazu kommen noch 17 Heilstätten für tuberk. Kinder mit 650 Betten und 67 Anstalten mit 6092 Betten für skrophulöse Kinder.

Die Baukosten pro Bett stellen sich auf durchschnittlich 5—7000 Mark; der Verpflegungstag auf 3,2—5,3 M. Sie sehen daraus welch grosse Summen für die Heilstätten aufgebracht und angelegt worden sind. Als Wohltat für die Kranken und ihre Familien, als Vorteil für die Versicherungsanstalten, — indem die Invalidität auf einige Jahre hinausgeschoben wird, — sind die Heilstätten anzuerkennen, nicht aber als Mittel im Kampfe gegen die Volksseuche selbst. Dazu ist ihre Zahl auch eben noch zu gering: es giebt in Deutschland etwa 1 Mill. Tuberkulöser, 200,000 davon sind anstaltsbedürftig und etwas über 30,000 nur werden verpflegt; dazu ist ihr Heilerfolg zu fraglich: absolute Heilung der Pfleglinge, die ja alle im Anfangsstadium sind, ist nur in 3,4% konstatiert und 5 Jahre nach der Kur sind nur 31% der Pfleglinge nicht invalidisiert worden (dabei kostet der Verpflegungstag 3,2—5,3 M). Auch die Anleitung sich zweckmässig zu verhalten und andere vor Ansteckung zu bewahren, die der Kranke in der Heilstätte erhält, wird dadurch meist gegenstandslos, dass er im häuslichen Milieu aus Armut das Gelernte garnicht anwenden kann und dass seine Familie meist vorher schon infiziert worden. Die Untersuchungen in 750 Familien Berliner Heilstättenpfleglinge haben das erschreckende Resultat gegeben, dass von 573 Ehefrauen 264 lungenkrank (46% waren) und von 1043 untersuchten Kindern 199 (19%) lungenkrank und 656 (63%) skrophulös waren.

Das gilt natürlich alles nur für die Heilstätten die Sanatorien arbeiten unter ganz andern Bedingungen und mit ganz andern Resultaten.

Zur Ergänzung der Heilstättenbehandlung sind Walderholungsstätten, Arbeitergärten und ländliche Kolonien ins Leben gerufen worden; die 67 Walderholungsstätten dienen zur Nachkur, sind im nächsten Umkreis der Städte belegen und bieten ihren Pfleglingen Tagesaufenthalt, gute Kost und Fortsetzung der Liegekur. Die Arbeitergärten in der Umgebung Berlins und die 2 ländlichen Versuchs-Kolonien sollen den Tbc.-Rekonvaleszenten durch Beschäftigung mit leichter Arbeit allmählich zu seiner früheren körperlichen Kraft zurückführen und ihm den Uebergang zur gewohnten Arbeit erleichtern.

Dass diese Massnahmen im Kampfe gegen die Tuberkulose nicht genügen, ist von nichtdeutschen Aerzten bereits früher vielfach betont und auch in Deutschland in letzter Zeit anerkannt worden; der letzte Bericht des deutschen Zentralkomités zur Bekämpfung der Tbc. (früher charakteristischer Weise Zentralkomité zur Errichtung von Heilstätten geheissen) bezeichnet die Dispensaires, die auf Calmette's Initiative in Frankreich Aufnahme gefunden, als das wichtigste Kampfmittel. In Deutschland existieren heute bereits 117 Auskunft- und Fürsorgestellen für Tuberkulöse deren Aufgabe es ist, die in den Familien versteckten Kranken herauszufinden, sie nach Möglichkeit einer Heilbehandlung zuzuführen und, wo das unmöglich ist, den Er-

kranken eine materielle Unterstützung zur Wohnungs- und Nahrungsaufbesserung zu gewähren, die Familienglieder zu belehren, ihnen alle gewünschte Auskunft zu erteilen, etc.

Ferner sind für Schwerkranke und Unheilbare in Deutschland 10 Pflegeheime mit 300 Betten errichtet und in den meisten allgemeinen Krankenhäusern giebt es Spezialabteilungen für Lungenkranke. Durch Bearbeitung und Verbreitung eines Merkblatts durch das kais. Gesundheitsamt hat sich der Staat aktiv beteiligt und endlich hat Preussen wenigstens die Anzeigepflicht von Tbc.-todesfällen zum Gesetz erhoben; die Anzeigepflicht für vorgeschrittene Fälle und besonders beim Wohnungwechsel, die schon in Sachsen und Baden, ferner Newyork, Boston, Rio de Janeiro und in einigen anderen grossen Städten Amerikas existiert, ging nicht durch.

Von Deutschland ist die soziale Bekämpfung der Tuberkulose angeregt worden; Deutschland hat wie erwähnt im Laufe von 15 Jahren viele Millionen für Heilstätten aufgebracht und es ist zu erwarten, dass es nun sich ebenso energisch der Wohnungs- und Familienfürsorge annehmen und für die Unheilbaren Heime nach norwegischem Muster in grösserer Zahl einrichten wird.

Ich bin am Schluss, m. H. und fasse nochmals zusammen: das Ideal der sozialen Tuberkulosebekämpfung ist, dass der Staat sie in die Hand nimmt und unter seine Kontrolle stellt; wo das nicht möglich ist, da sollte er wenigstens die Anzeige und Desinfektion zur gesetzlichen Pflicht machen und dafür Sorge tragen, dass in den allgemeinen Krankenhäusern die Tuberkulösen mit andern Kranken nicht zusammen liegen sondern in Spezialabteilungen verpflegt werden.

Die privaten Vereinigungen hätten dann die Sorge zu übernehmen für Aufklärung und Belehrung des Publikums über die Tbc. und Tbc.-ansteckung, müssten Fürsorge- und Auskunftsstellen einrichten und Pflegeheime für vorgeschrittene Tuberkulöse gründen. An zweiter Stelle hätte die Einrichtung von Sanatorien und ähnlichen Anstalten zu stehen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. **Julius Stumpf**: Ueber ein zuverlässiges Heilverfahren bei der asiatischen Cholera sowie bei schweren infektiösen Brechdurchfällen und über die Bedeutung des Bolus (Kaolins) bei der Behandlung gewisser Bakterienkrankheiten. Mit 1 Tafel. Würzburg. A. Stubers Verlag (Curt Kabitsch). 1907. Preis 1.90 M.

Der Bolus gehört im mineralogischen Sinne zur grossen Gruppe der Tone und speziell zum Kaolin oder zur Porzellanerde und ist frei von anderweitigen mineralogischen Beimengungen. Die Tonkörperchen sind ausserordentlich klein, bei leichter Trübung befinden sich in einem Kubikzentimeter Wasser bis zu 30 Millionen derselben; ihr Durchmesser beträgt weniger als $1/1000$ mm, sie sind also kleiner als die kleinsten Bakterien. — Eine Vermehrung von Bakterien und Toxinbildung kann natürlich auf solch einem Boden nicht stattfinden, sondern muss geradezu momentan sistiert werden, sobald dieselben von ihrem Nährboden getrennt worden, was man in ausgiebiger Weise durch die Tonkörperchen erreichen kann, ohne dass die Schleimhäute oder Wunden der Kranken irgendwie nachteilig beeinflusst worden.

Das waren in Kürze wiedergegeben die Beweggründe, welche den Verf. veranlassten, Bolus bei schweren Formen von Brechdurchfall und in 10 Fällen von asiatischer Cholera, die 1905 in Nakel und in Guesen (Regierungsbezirk Bromberg) vorkamen, zu verabfolgen, und zwar war das Resultat das denkbar günstigste. Sämtliche Kranken genasen in kurzer Zeit.

Um einen Erfolg zu erzielen, muss das Mittel in grosser Menge zur Anwendung gelangen und Patienten dürfen mit Ausnahme frischen Trinkwassers bis zum völligen Abgelaufensein der Krankheitserscheinungen nichts geniessen.

Die Anwendungsweise, die Prof. Stumpf für alle Fälle von asiatischer Cholera und von gewöhnlichem Bruchdurchfall als die geeignetetste angiebt, ist folgende:

Rp! Boli albae officinalis
subtilissime pulverisatae 125,0
Ds. Zum innerlichen Gebrauch. Nach Bericht.

Der Bericht hat zu lauten: Man füllt ein Halbliterglas gut bis zur Hälfte mit frischem Wasser an, schüttet die ganze Menge des Pulvers (ohne zunächst umzurühren!) auf das Wasser, lässt das Pulver völlig zu Boden sinken, rührt dann mit einem Löffel gut um und lässt nun das ganze Quantum womöglich auf einmal oder wenigstens in möglichst kurzer Zeit austrinken.

Kinder mittleren Alters erhalten 60 g auf ungefähr 150 g Wasser und Säuglinge 30 g auf 70—100 g Wasser in der Saugflasche. Je kälter die Flüssigkeit um so leichter und angenehmer wird sie genommen; es empfiehlt sich deshalb in der wärmeren Jahreszeit die Beifügung von einigen Eisstücken.

Nach 3 Stunden ist das gleiche Quantum nochmals zu verabreichen und damit wird das Verfahren in den weitaus meisten Fällen beendet sein.

Die Aufnahme irgend welcher Nahrung und irgend welchen Getränkes ausser Wasser hat bei Cholera und Brechdurchfall mindestens 18 Stunden lang vom ersten Einnehmen des Mittels an absolut zu unterbleiben.

Ob der Bolus auch bei Typhus eine so günstige Wirkung haben wird, will Verfasser noch unentschieden lassen, wenngleich er die Möglichkeit durchaus zugiebt.

Fr. Mühlen.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 21. März 1907.

Anwesend 47 Mitglieder und als Gäste Dr. Dr. Pacht und Giess.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Punkt I der Tagesordnung: Dr. v. Bröcker spricht über Nervennaht und demonstriert einen Patienten, bei dem er den durchgeschlagenen Nerv. radialis primär genäht, das Resultat ist jetzt nach $1^1/_2$ Jahren ein vorzügliches, da alle Bewegungen sich wieder hergestellt haben und eine Störung durch die Verletzung bei keiner Hantierung sich bemerkbar macht.

Im Anschluss daran demonstriert Dr. von Sengbusch einen jungen Arbeiter, dem durch Messerstich der Nerv. rad. handbreit über dem Ellbogengelenk durchtrennt war — Naht erst nach 2 Monaten, dann 3 Monate Gymnastik, Elektrizität und Massage, die Extension des Handgelenkes hatte sich im Laufe dieser Zeit hergestellt, Fingerstreckung nur wenig möglich, Pat. konnte weiter nicht in Behandlung bleiben, da er auf Erwerb angewiesen war, seine alte Fabriksarbeit konnte er freilich nicht aufnehmen, er wurde Heizer auf einem Schiffe, bei welchem Berufe er auch geblieben, vor einiger Zeit stellte er sich vor, die Fingerstreckung ist leider nicht viel besser geworden, sonst alle Bewegungen frei und kräftig und die Hand störte ihn nicht am Erwerb. — Bei einer so intensiv fortgesetzten Behandlung mit Bädern, Massage etc. wie in Dr. von Bröckers Fall, wäre hier auch das Endresultat ein besseres gewesen, freilich kommt in Betracht, dass die Nervennaht erst 2 Monate nach der Verletzung gemacht ist, andererseits ist eine weitere Besserung auch noch nicht ausgeschlossen.

Dr. P. Klemm meint bei den Nervenverletzungen resp. der Nervennaht sei der Abschnitt des verletzten Nerven zu berücksichtigen. Die Regeneration desselben gehe vom trophischen Centrum aus und wo der periphere Abschnitt den Leitstrang bilde erfolge Regeneration, sonst nicht. Ihm seien 3 Fälle von Plexusverletzung, die sofort genäht wurden in Erinnerung in denen keine restitutio eingetreten sei, so frage es sich ob es sich bei den peripheren Nervenverletzungen nicht um Anastomosenbildung handeln könne.

Dr. von Krüdener hebt hervor, dass man nach Trigeminusexstirpation beobachten kann, wie die Sensibilität sich im Laufe der Zeit wieder herstellt; entweder sind einzelne kleine periphere Aeste des Nerven erhalten geblieben, die sich dann besser ausbilden, oder aber, was sehr wahrscheinlich ist, es treten andere Nerven z. B. der Facialis vicariirend ein. Auf dem Gebiete der sensiblen Nerven könne man daher wohl von einer Anastomosenbildung sprechen.

Dr. Stender: Es müsse durchaus zwischen der Unterbrechung in den Leitungsbahnen der motorischen und sensiblen Nerven unterschieden werden. Ein vicariirendes Eintreten von anderen Nervenästen sei bei letzteren entschieden möglich, bei den grossen, bedeutenden N. wie dem n. radialis aber unmöglich. Auch seien doch auch in letzter Zeit mit gutem Erfolg Nervenpfropfungen gemacht worden, so z. B. bei langdauernder Facialislähmung.

Dr. v. Bröcker gibt dagegen zu bedenken dass bei den Verletzungen in der Fossa axillaris die Dr. Klemm erwähnt hat, neben dem Durchtrennen der grossen Nervenstämme auch stets die grossen Gefässe durchschlagen seien, und dadurch die Ernährung eine möglichst ungünstige ist, auch meint er je höher die Durchtrennungsstelle gelegen, der Fall um so ungünstiger liege, ferner je früher die Operation nach der Verletzung um so günstigere Chancen für die Wiederherstellung; der Theorie der Anastomosenbildung widerspräche aber auch das Factum, dass bei lange bestehender Lähmung nach der secundären Vereinigung des N. noch völlige Regeneration beobachtet sei, dagegen könne entschieden die Wiederkehr der Sensibilität auf Anastomosenbildung zurückgeführt werden.

Dr. Thilo berichtet im Anschluss an den Vortrag des Herrn Dr. v. Bröcker über drei Fälle von Verletzungen des N. radialis, die er mit seinen Uebungsvorrichtungen, Massage und Elektrizität behandelte. In dem einen Falle wurde ein Kutscher von seinem Pferde gerade an der Stelle gebissen, wo der N. radialis am Ansatze des Deltamuskel hervortritt. Er war 7 Monate von einem anderen Kollegen galvanisiert worden, ohne nennenswerten Erfolg; denn im Beginn der Behandlung konnten die Strecker des Handgelenkes am Thiloschen Kraftmesser kaum 8 grm. ziehen (Vergl. Münch. med. Wochenschrift 1898 Nr. 8).

Nach 8 Monaten zogen sie 800 grm. Trotzdem erhielt sich die Entartungsreaktion noch 3 Jahre lang. Hiebei war der Arm so leistungsfähig, dass der Verletzte als Tischler in der Balt. Waggonfabrik arbeitete und vollen Lohn erhielt.

Nach Ablauf der drei Jahre hat Dr. Thilo den Kranken nicht mehr gesehen, aber als er ihn zum letzten Mal untersuchte, war immer noch die faradische Reaktion nicht wiedergekehrt und auch nur starke galvanische Ströme bewirkten eine Streckung des Handgelenkes. Diesen Fall hat Dr. Thilo in seiner Arbeit, «Uebungen» veröffentlicht. (Samml. klin. Vort. v. Volkmann März 1897). Dr. Thilo bittet die Kollegen mitzuteilen, ob ähnliche Fälle häufiger vorkommen, in denen die Entartungsreaktion sich drei Jahre erhält, obgleich der Arm vollständig leistungsfähig ist.

Punkt II. der Tagesordnung:

Dr. P. Klemm demonstriert das Präparat einer exstirpierten Niere und Ureter mit einem tuberkulösen Ulcus, und bittet Dr. Schabert über den klinischen Verlauf der Erkrankung und die Diagnosenstellung ein Referat zu geben.

Dr. Schabert: Die Krankengeschichte ist kurz folgende: Im Oktober 1905 leichte Miktionsbeschwerden, in Form von Brennen in der Harnröhre und vermehrtem Harnbedürfnisse am Tage, daneben gelegentlich eine schmerzhafte Pollution. Vor 4 Jahren bestand Spitzenkatarrh der ausgeheilt ist, gonorrhoisch war Pat. nicht gewesen. Bei einer Konsultation im April 1906, als er Pat. zum erstenmal sah, ergab die Untersuchung des Harnes, die in Anlass der charakteristischen Anamnese direkt nach T. B. fahndete, sofort ein positives Resultat, das durch Tierexperiment noch vervollständigt wurde. Vielfache spätere Nachuntersuchungen gaben immer positiven Bazillenbefund. Vom August 1906 stellten sich linksseitige Schmerzen ein, die etwa dem Verlauf des Ureter entsprachen und zur Eichel ausstrahlten. Die Nierengegend selbst schmerzfrei. Die Schmerzen nahmen immer mehr zu und drängten zur Entscheidung. Da nach neueren Untersuchungen eine primäre Blasentuberkulose zu den Seltenheiten gehört, so wurde trotz fehlender direkter Nierensymptome als Ausgang die l. Niere angesprochen und Pat. eine chirurgische Revision derselben vorgeschlagen, auf die er sofort einging. Eine lokale Behandlung der Blase mit Sublimat und Jodoform war ganz erfolglos geblieben. Wohl sei es schon lange in der Praxis bekannt, dass nach Exstirpation einer nachweislich tuberkulösen Niere auch eine konkomitierende Blasentuberkulose ausheile, den Satz aber jede Blasentuberkulose zunächst unangetastet zu lassen und in jedem Fall und a tout prix die erkrankte Niere aufzusuchen, auch wenn direkte Nierensymptome nicht vorlägen, mit anderen Worten die Einleitung der Behandlung einer Blasentuberkulose mit einer Nierenexstirpation zu beginnen, diesen Satz in dieser Formulierung scharf ausgesprochen und mit einem glänzenden Erfolge belegt zu haben gebühre Rovsing, der soeben über dieses Thema eine wertvolle Arbeit veröffentlicht habe. Mit diesem Standpunkte sei einer Krankheit gegenüber, die bisher zu den grossen Sündenregistern unserer Heilkunst gehöre, eine therapeutische Aussicht gewonnen, die uns mit voller Hoffnung erfüllen könne und wofür das heutige Präparat, das wir der chirurgischen Kunst des Vorredners verdanken einen neuen Beleg abgäbe.

Dr. P. Klemm unterscheidet für diesen Fall 2 verschiedene Arten von Koliken, die Ureterenkoliken, die was die Schmerzhaftigkeit anbelangt erträglich gewesen, dann aber die Blasenkoliken die ungeheuer qual- und schmerzvoll gewesen.

Am nächsten Tage nach der Operation hätten diese Schmerzen schon aufgehört.

Dr. Poorten erkundigt sich ob durch Cystoskopie Ulcera in der Blase nachgewiesen seien, worauf Dr. P. Klemm erwidert, dass bei der Intoleranz der kranken Blase für Fremdkörper von dieser Untersuchung Abstand genommen sei und Dr. Schabert ausführt er sei auch noch aus dem Grunde gegen die Cystoskopie in solchen Fällen, da hier die Blasenkoliken nur Tenesmen gewesen, es handele sich gar nicht um eine Erkrankung der Blase, sondern der Niere, nach Entfernung des erkrankten Organs hören dann die Tenesmen auf, er hebt nochmals hervor, dass die Urogenitaltuberkulose eine absteigende Erkrankung sei.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Sitzung vom 4. April 1907.

Anwesend 52 Mitglieder und als Gäste Dr. Dr. Pacht, Vogel, Pfeiffer.

Vor der Tagesordnung gedenkt der Präses Dr. P. Klemm des am 9. März verstorbenen Mitgliedes Dr. Paul Tiemer — die Versammlung ehrt das Andenken an den Hingeschiedenen durch Erheben von den Sitzen.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. von zur Mühlen 2 Fälle:

I. W. M. 12 a. n. erkrankte am 6. Feb. an Skarlatina, am 8. Feb. wurde auch Masern konstatiert. In den ersten Tagen des März über dem linken Auge Anschwellung, zu der bald ein sich steigerndes Oedem des Augenlides hinzutrat. Am 5. März von d. Libauer Chirurgen Incision über den Augenbrauenbogen, da Fluktuation nachweisbar. Am 11. März sah Vortragender Patienten in Libau. Mit der Sonde zu konstatieren, dass die vordere Wand der Stirnhöhle durchbrochen war, in welcher Ausdehnung nicht festzustellen. Es wurde zugleich ein Abszess im oberen inneren Augenwinkel, der dem Durchbruch nahe war, eröffnet. Eine Radikaloperation als unvermeidlich erkennend, wurde sie am 19. März von Dr. von zur Mühlen in Riga vorgenommen. Die vorangegangene schwere Krankheit liess als wahrscheinlich annehmen, dass grössere Knochenzerstörungen vorlägen, dieser Verdacht wurde bei der Operation bestätigt. Die vordere Wand fehlte in grosser Ausdehnung (Zeichnung). An und für sich hatte der Defekt nichts weiter auf sich gehabt, denn in dieser Ausdehnung muss der Knochen bei der Operation entfernt werden. Bei der Radikaloperation nach Killian muss aus kosmetischen Rücksichten eine dem Augenbrauenbogen entsprechende Spange der vorderen Stirnhöhlenwand aber erhalten bleiben, um den Weichteillappen zu stützen, damit er nicht zu tief einsinken kann. Diese Partie war gleichfalls der Nekrose nahe, das Periost zum grossen Teile abgehoben, der Knochen grau verfärbt, porös, sehr stark verdünnt, weiter hatte sich an der lateralen Seite schon eine Usur gebildet, die Spange war linear durchbrochen. Der vitalen Energie des kindlichen Organismus vertrauend wurde die Spange dennoch stehen gelassen, blieb sie erhalten, war viel gewonnen. Der Verlauf der Operation stellte sich auch weiter schwieriger als sonst bei gewöhnlichen Empyemen. Die vorderen Siebbeinzellen waren gleich der Stirnhöhle mit schwammigen, leicht blutenden Granulationen angefüllt und der Nekrose entgegengehend; sie wurden soweit erkrankt, entfernt, und ein breiter Abfluss zur Nase geschaffen. Die ganze Wunde primär geschlossen, auch zur Nase nicht tamponiert. Der Heilungsverlauf war wider Erwarten günstig. Die Spange blieb erhalten, die nasale Partie des Schnittes öffnete sich einige Male, es entleerten sich kleine Sequesterchen und Sekret, jetzt seit einer Woche geschlossen. Der Entzündungsprozess in den Siebbeinzellen wohl noch nicht ganz zum Abschluss gelangt, was aus der leichten Rötung im Augenwinkel zu schliessen ist, die Rötung wird aber von Tag zu Tage geringer.

Der kosmetische Erfolg ist ein sehr günstiger, die Narbe über dem Auge ganz unsichtbar zu machen war nicht mehr

möglich, da der erste Schnitt in Libau wegen des Eiterheerdes oberhalb des Augenbrauenbogens gemacht werden musste.

II. W. J. 17. a. n Operation 14. Febr. entlassen 20 Febr.— leidet seit längerer Zeit an starken neuralgischen Schmerzen der Stirn, hauptsächlich über dem rechten Auge, vermehrter Ausfluss aus der rechten Nasenseite. Die Diagnose auf Stirnhöhleneiterung per exclusionem nach einigen Untersuchungen gestellt. — Gleich nach Durchmeisselung der vorderen Stirnhöhlenwand trat Eiter vor. Wucherungen der Schleimhaut bestanden nicht, die Höhle weit, reichte nach aussen bis zum äusseren Augenwinkel. Die vorderen Siebbeinzellen nicht wesentlich erkrankt. Die Operation nach Killian zu Ende geführt. Der kosmetische Erfolg ganz vorzüglich, die lineare Narbe wird bald kaum mehr sichtbar sein. Die Beschwerden vollkommen geschwunden, weder Kopf- noch neuralgische Schmerzen mehr vorhanden. Die Sekretion als normal zu bezeichnen, das wenige Sekret wässerigen nicht eiterigen Charakters.

Punkt I der Tagesordnung: Dr. Voss demonstriert 2 Fälle von Operationen nach Sinusthrombosen.

Dr. von zur Mühlen betont wie schwierig die Diagnose einer Sinusthrombose sei bei Fällen wo durch gesunde Knochen hindurch sich eine Thrombose fortsetze. — In Charbin habe er bei den schwer an Skorbut leidenden Soldaten sehr bösartig verlaufende Ohrenentzündungen beobachtet und ein Präparat besessen, dass leider ihm abhanden gekommen, wo durch heilen, gesunden Knochen hindurch eine infizierte Vene direkt in den Sinus geführt habe.

Dr. Voss bemerkt, dass solch ein Präparat sehr interessant sei, da eine alte Behauptung der Ohrenärzte, die noch lange nicht allgemein aufgegeben sei stets eine Erkrankung des Knochens bis an den Sinus verlange. Von den Chirurgen aber sei schon oft nachgewiesen, dass eine erkrankte mit Eiter gefüllte Vene durch intakte Knochen führen könne. Von Körner sei dieses als besonderes Krankheitsbild der «Osteo phlebitispyämie» hingestellt worden. Die Hauptsache bei der Operation sei «freien Abfluss durch Fortnahme der Wand zu schaffen», er befolge schon lange nicht mehr das alte Prinzip mit dem scharfen Löffel möglichst alles auskratzen zu wollen, letzteres habe grosse Gefahren, nicht zum mindestens die Gefahr der Blutung.

Punkt II. Dr. J. Eliasberg hält seinen Vortrag über d. spirochäte pallida Schaudinni. (Soll im Druck erscheinen).

Dr. Engelmann. Die Bedeutung der Spirochäte pall. ist in letzter Zeit der Gegenstand eingehender Diskussion auf dem deutschen Dermatologenkongress und der Berliner medizinischen Gesellschaft gewesen. Es ist anerkannt worden, dass sich die Spirochäte pallida nur bei Lues findet und dass sie sich in den verschiedensten Manifestationen der Lues besonders bei frischer Erkrankung nachweisen lässt, dass sie in ätiologischer Beziehung zur Syphilis steht ist somit höchst wahrscheinlich, unbewiesen dagegen ist noch zur Zeit, dass sie der Erreger derselben ist.

Die diagnostische Bedeutung derselben wird dadurch nicht geschmälert, nur möchte er der Meinung entgegentreten die man aus den Worten des Vortragenden ableiten könne, dass der Nachweis der Spirochäte pallida in jedem Falle leicht gelinge, man muss oft lange und mehrfach suchen und findet dazwischen trotz manifester Luessymptome doch keine Spirochäten. Auf der Syphilis-Abteilung des Krankenhauses wurden seit dem Herbst vorigen Jahres über 100 Luetiker und Luesverdächtige auf Spirochäten untersucht, bei negativem Befunde mehrfach. Bei frischer unbehandelter Lues (Primäraffekt mit und ohne Sekundärerscheinungen) wurde unter 43 Fällen 37 Mal die pallida nachgewiesen i. e. in 88%. Bei älterer sekundärer unbehandelter Lues in 50%, und bei bereits mit Quecksilber behandelter in 40,9%. Von Tertiärsyphilitischen (gummöse und ulceröse Lues) wurden wenige untersucht meist mit negativem Resultat, die 2 positiven Befunde betrafen Luetiker mit frühzeitig (während der Sekundärperiode) aufgetretenen ulcerösen Syphiliden.

Von praktischer Wichtigkeit ist die Entdeckung der Spirochäte für die Frage der Frühbehandlung der Syphilis und die Frage der Excision des Primäraffektes, indem es erst jetzt, durch den frühzeitigen Nachweis der syphilitischen Natur eines Ulcus, bei positivem Pallidabefund, möglich ist einwandfreies Beobachtungsmaterial zur Entscheidung dieser noch strittigen Fragen zu erlangen, während bisher, falls nach einer Frühbehandlung (vor Erscheinen der Sekundärerscheinungen) keine Recidive eintraten, die syphilitische Natur der Erkrankung bestritten werden konnte.

Dr. Matthias Hirschberg. Auch in der rein bakteriologischen Literatur findet man nunmehr weniger Gegner der Spiroch. pallida. Geradezu verbissene Gegner sind der Zoologe Prof. Schulz-Berlin und Sahling. Letzterer kommt immer wieder darauf zurück, dass die Spir. pallid. eine Täuschung vorstelle, die Gebilde wären Neuro- oder sonstige Gewebsfibrillen. Er zeigt dieses sogar an Photogrammen. — Vorsicht ist tatsächlich geboten, besonders wegen der Aehnlichkeit der Pallida mit anderen Spirochäten, z. B. der Balanitis, buccalis, refringens etc. auch mit Bazillen, mit welchen sie vergesellschaftet vorkommen. Anhänger der Spirochaetae sei er auch. Sie zeigt hinsichtlich der Uebertragung, Kultur etc. ähnliche Verhältnisse, wie der Hansen'sche Leprabazillus — an den man doch trotz Fehlens von Kulturen glauben muss.

Interessant sind die Beziehungen der Spir. pall. zum Pigment und den Leukozyten. Auf der Höhe der Entwicklung ist die Pigmentation in der Nähe der Spirochätenansammlung geringer oder ganz — oft bleibend geschwunden (Pigmentatrophie — Leukoderma); — umgekehrt steht es mit den Leukocyten. Je mehr Leukocyten, desto mehr Spiroch.

Dr. von Bröcker fragt an, ob etwas Sicheres darüber bekannt, dass das gummöse Material von Fällen die über 5 Jahre behandelt sind noch infektionsfähig ist.

Dr. J. Eliasberg: Er habe in 14 Fällen von Primäraffekten die spiroch. pall. nachgewiesen und in allen Fällen seien Sekundärerscheinungen aufgetreten. Im Blute bei Sekundärerscheinungen sei es ihm keinmal gelungen den Erreger nachzuweisen. Die Frühbehandlung von Neisser verlange sofortige Excision des ulcus und gleichzeitigen Beginn der antiluetischen Behandlung. Die Mehrzahl der Redner auf dem Kongress habe sich auch für Excission und damit Entfernung der Hauptniederlage der sp. pall. ausgesprochen aber einige sofortige antiluetische Behandlung abgelehnt da nach Analogie mit der Tuberkulose anzunehmen ist, dass durch einzelne Sp. keine Lues erzeugt zu werden braucht, der Organismus könne mit ihnen fertig werden, es sei auch kein Vorteil der sofortigen Behandlung einzusehen, da das Hg. die Sp. nicht töte, es ruft nur die Umstimmung der Gewebe hervor, es soll sauerstoffreicher werden — und dadurch widerstandsfähiger im Kampfe mit dem Lueserreger. — Bei den Untersuchungen der tert. Erscheinungen — der Gummatose seien die Misserfolge darauf zurückzuführen, dass die Sp. in den Gummata in halbwegsagglutiniertem Zustande erhalten seien.

Coll. Bröcker erwidert er, dass selbst nach 16- ja 22 jähriger Lues die Sp. nachgewiesen seien, und zwar lebens- und infektionsfähig, da oft ein Aufflackern der Lues im Rachen und an der Mundschleimhaut beobachtet wird. — Die Untersuchungen des Gegners von Schaudinn — Dr. Saling seien weder wissenschaftlich noch stichhaltig.

Dr. Krannhals wendet sich an die Kollegen mit der Bitte um ev. Benachrichtigung und der Anfrage ob von ihnen auch Beobachtungen von Erkrankungen gemacht seien, die er in letzter Zeit mehrfach gesehen. Es handele sich um Enteritisfälle, die unter dem Bilde einer Dysenterie verlaufen mit blutig schleimigen Durchfällen, mit leichten auch schwereren Temperatursteigerungen, die aber bakteriologisch keine Dysenterie ergäben — nebenbei aber bestehe eine Rachenaffektion, entweder im Beginne oder Verlaufe der Erkrankung, kleine Belege zeigten sich, bakteriologische Untersuchung in seinen 3 Fällen haben aber die Abwesenheit von Diphteriebaz. ergeben. Also eine Kombination einer Rachenerkrankung mit Belegen verbunden mit Dysenterie-, ähnlicher Erkrankung. Er wäre dankbar falls ihm von anderer Seite beobachtete Fälle mitgeteilt würden.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Seinen 90. Geburtstag beging vor kurzem der allgemein geschätzte Senior der Berliner Aerzteschaft, Geheimer Sanitätsrat Dr. Friedrich Körte, der sich trotz seines hohen Alters noch des besten Wohlseins erfreut. Mit seinem Freunde Rudolf Virchow hat der Jubilar sich namentlich grosse Verdienste um die trefflichen hygienischen Einrichtungen Berlins erworben.

— In Bonn feierte der frühere Bonner Professor der Psychiatrie und Direktor der Provinzial-Irrenanstalt, Geheimrat Dr. K. Pelmann, in voller körperlicher und geistiger Frische seinen 70. Geburtstag. Der ausgezeichnete Gelehrte, welcher zu den angesehensten deutschen Irrenärzten

gehört, wirkte besonders reformatorisch auf dem Gebiete der praktischen und forensischen Psychiatrie.

— Der berühmte Physiologe Prof. Dr. K. Voit in München hat wegen hohen Alters und angegriffener Gesundheit um Enthebung von der Verpflichtung, Vorlesungen zu halten, sowie von dem Amte als Direktor des Physiologischen Universitätsinstituts nachgesucht. Wie verlautet, ist Prof. Voit nicht unbedenklich erkrankt.

— Der Konsultant des Orenburger Instituts Kaiser Nikolaus I., Dr. Mendel Königsberg, ist zum wirkl. Staatsrat befördert worden.

— Der bisherige Prosektor am pathologischen Institut der Charkower Universität, Dr. Joseph Posharski, hat sich als Privatdozent für pathologische Anatomie an der Odessaer Universität habilitiert.

— Zum Stadtarzt von Baltischport (Estland) ist, der «Estl. Gouv.-Ztg.» zufolge, Dr. Viktor Müller ernannt worden. So viel uns erinnerlich, war Dr. Müller nach Absolvierung seiner Studien an der Dorpater Universität i. J. 1892 längere Zeit Fabrikarzt im Gouvernement Kursk.

— Der Professor ord. der Gynäkologie und Direktor der Universitäts-Frauenklinik Dr. Karl Menge in Erlangen folgt am 1. April einem Rufe nach Heidelberg an Stelle des Professors Dr. A. v. Rosthorn, der nach Wien übersiedelt. Zum Nachfolger Prof. Menges in Erlangen ist der Rostocker Gynäkologe Prof. ord. Dr. O. Sarwey in Aussicht genommen.

— Zum Präsidenten der St. Petersburger städtischen Hospitalkommission wurde in der letzten Sitzung der Stadtduma an Stelle des von diesem Amte zurückgetretenen Grafen Bennigsen der Stadtverordnete Anitschkin gewählt.

Berichtigung.

Dr. G. Krich fungiert nicht, wie in der vorigen Nr. S. 17 angegeben ist, nahezu 40 Jahre, sondern bereits 45 Jahre als Kassierer des Vereins St. Petersb. Aerzte. Die frühere «St. Petersb. med. Zeitschrift» hat er während ihres Bestehens von 1861—1875 incl., also 15 Jahre redigiert.

Nekrologe.

Verstorben sind: 1) Am 5. Januar in Rjasan der dortige Gouvernements-Medizinalinspektor, Ehrenleibmedikus Dr. Wladimir Tichanow, im 49. Lebensjahre nach 24-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 2) Am 14. Dezember in Orenburg der Bezirksokulist des Kasanschen Militärbezirks Dr. Michael Naumow im 56. Lebensjahre an der Lungenentzündung. Der Verstorbene war ein ehemaliger Schüler der mediko chirurgischen Akademie, nach deren Absolvierung i. J. 1878 er Militärarzt wurde und als solcher an dem russisch-türkischen Kriege teilnahm. Im Jahre 1884 wurde er auf 2 Jahre an die militär-medizinische Akademie abkommandiert, um sich speziell in der Augenheilkunde zu vervollkommnen und war dann Assistent an der ophthalmologischen Abteilung des klinischen Militärhospitals, bis er 1891 zum Bezirksokulisten des Kasanschen Militärbezirks ernannt wurde, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Das reiche Material, welches er bei seinen Besichtigungen der Augen der Soldaten und der Schüler der Militärlehranstalten seines Bezirks gesammelt hat, wurde von ihm in seinen Mitteilungen über die Resultate der Besichtigungen in den «Arbeiten» (труды) der Kasanschen militär-sanitarischen Gesellschaft veröffentlicht. 3) Am 15. Dezember in San Remo der Oberarzt des Shitomirschen Infanterieregiments Dr. Michael Rosenblum im Alter von 54 Jahren. Er ist auf dem dortigen Bahnhof plötzlich verschieden. Als Arzt ist R. seit 1879 tätig gewesen. 4) In Rostock am 9./22. Januar nach kurzer Krankheit infolge eines Herzleidens der Direktor des pathologischen Instituts und Prof. ord. der allg. Pathologie und patholog. Anatomie an der dortigen Universität, Geh. Medizinalrat Dr. Albert Thierfelder, im vor kurzem vollendeten 66. Lebensjahre. Nach Absolvierung seiner Studien in Rostock und Leipzig wurde Th. 1870 Assistent an der medizinischen Klinik der Universität Leipzig. Im Jahre 1877 leistete er einem Rufe als Professor der pathologischen Anatomie an die Universität Rostock Folge, an welcher er somit fast ein Menschenalter mit Erfolg gewirkt hat. 5) In Edinburg Professor Dr. Thomas Annandale, der Nachfolger Lord Listers auf dem Lehrstuhl für klinische Chirurgie an der dortigen Universität, im Alter von 70 Jahren.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Ein Konkurs zur Besetzung des Lehrstuhls der medizinischen Chemie an der militär-medizinischen Akademie, welchen bisher der Prof. emer. Dr. A. J. Danilewski (gegenwärtig Chef der Akademie) inne hatte, ist von der Konferenz der Akademie ausgeschrieben worden. Bewerber um diese Professur haben ihre Gesuche unter Beifügung ihrer wissenschaftlichen Arbeiten und eines selbstverfassten Curriculum vitae bis zum 12. April d. J. einzureichen.

— Der vakante zweite Lehrstuhl der Chirurgie an der Dorpater Universität soll demnächst ebenfalls auf dem Wege des Konkurses besetzt werden.

— Zweiwöchige Kurse über Bakteriologie und Epidemiologie der Cholera werden im Februarmonat im hiesigen Institut für experimentelle Medizin veranstaltet werden, um die Aerzte mit den praktischen Massregeln zur Bekämpfung der Cholera bekannt zu machen. Die theoretischen Vorlesungen wie auch die praktischen Uebungen im Nachweis des Cholerabazillus und in der Desinfektion werden von dem Prof. D. Sabolotny und den DDr. S. Dzerzgowski und W. Klimenko abgehalten werden. Zu den praktischen Beschäftigungen können nur Gruppen von nicht mehr als 16 Personen zugelassen werden, und zwar sollen in erster Linie im Staats- und Kommunaldienste stehende Aerzte Berücksichtigung finden. Anmeldungen zur Teilnahme an den Kursen sind auf den Namen des Direktors des Instituts für experimentelle Medizin einzusenden.

— Das Disziplinargericht der Professoren der Universität Kiew hat 78 Studenten für Unruhestiftung in der Universität relegiert und den Beschluss gefasst, die Relegierten nie mehr in die Kiewer Universität aufzunehmen. Wie ein Rigasches Blatt erfährt, hat die Verwaltung der Kiewer Universität auch gebeten, ihr auf ihre Kosten 10 Gorodowois zur Verfügung zu stellen, um die Ordnung im Innern der Universität aufrecht zu erhalten.

— Gefälschte Attestate sind nun auch in den höheren Frauenkursen in Moskau entdeckt worden. So sollen einige Personen, welche in die Zahl der Zuhörerinnen der Kurse aufgenommen werden wollten, Reifezeugnisse vorgestellt haben, die sich als gefälscht erwiesen. In einigen Fällen wurde die Fälschung dadurch entdeckt, dass die Aufnahmegesuche grobe stilistische und orthographische Fehler aufwiesen, während in den Attestaten höchste Zensuren für alle Fächer vermerkt waren. In der Petersburger Universität, wo in der letzten Zeit eine verstärkte Kontrolle der Reifeerzeugnisse vorgenommen wurde, soll eine besonders grosse Zahl gefälschter Zeugnisse entdeckt worden sein.

Standesangelegenheiten.

— Aus dem Landschaftsdienste sind als politisch kompromittiert auf administrativem Wege entlassen der Chef des Sanitätsbureaus der Kostromaschen Gouvernements-Landschaft Dr. Sacher Fränkel und der Arzt der Tetuschischen Kreises (Gouv. Kasan) Dr. Victor Perimow. Ersterer war Deputierter (Kadett) der ersten Reichsduma und der letztere war als Kandidat für die Reichsduma von den «Linken» aufgestellt.

— Von der Moskauer Gerichtspalate ist der Arzt Dr. Turbiner für Aufbewahrung aufrührerischer Proklamationen zur Festungshaft von einem Monat verurteilt worden. Er war im vorigen Jahre vor den Wahlen zur zweiten Reichsduma verhaftet worden, weil bei einer Haussuchung in seiner Wohnung mehrere hundert Converts und Wahlaufrufe des Arbeiterverbandes vorgefunden wurden.

— Ehrung des bekannten Dermatologen Prof. Hallopeau. Am 22. Dezember v. J. wurde im Hospital Saint Louis in Paris dem Professor Hallopeau, anlässlich seines wegen vorgeschrittenen Alters bevorstehenden Rücktritts, in feierlicher Weise in Gegenwart sämtlicher Glieder der Pariser medizinischen Fakultät, vieler Aerzte und Delegierten ausländischer dermatologischer Gesellschaften eine

goldene Medaille überreicht, welche auf der einen Seite das Profilbild Hallopeaus und auf der anderen Seite die Inschrift: «Primum multos cognovit morbos» enthält. Seitens der Russischen dermatologischen Gesellschaft wurde Hallopeau durch Dr. Terebinski beglückwünscht. (Gaz. de hôpit. — R. Wr.)

Verschiedene Mitteilungen.

— Die bekannte von Dr. Nordström begründete und dann von ihrem späteren Besitzer Dr. Kitta-Kittel bis zu seinem im vorigen Jahre erfolgten Tode geleitete Heilanstalt «Marienbad» am Rigaschen Strande ist, dem «Rig. Tagebl.» zufolge, in den Besitz des Dr. Theodor v. Boetticher übergegangen. — Dr. v. Boetticher studierte von 1890—96 Medizin in Dorpat, war dann kurze Zeit Assistent an der Irrenanstalt Rothenberg bei Riga und ging 1898 nach Deutschland, wo er sich speziell mit Nervenkrankheiten beschäftigte und 1899 in Erlangen den Doktorgrad erwarb. Nach einer längeren Reise als Schiffsarzt an die Westküste Amerikas liess er sich im Januar 1901 als Arzt für innere und Nervenkrankheiten in Riga nieder.

— Die in Warschau unlängst verstorbene Frau J. Biman hat verschiedenen Wohltätigkeitseinrichtungen dieser Stadt ein Kapital im Betrage von einer halben Million testamentarisch vermacht, darunter allein 100,000 Rbl. zu Stipendien an der Universität.

— Musikalische Unterhaltung in Krankenhäusern. In der Berliner Charité finden jetzt an jedem Sonnabend in den Abendstunden von 5—6½ Uhr für die Kranken der Anstalt Konzerte statt, die auf künstlerischem Niveau stehen und deren wohltätiger Einfluss ausserordentlich sein soll. Es sind, wie wir aus der Beschreibung eines solchen Konzertes ersehen, meist junge Künstler und Künstlerinnen, die sich mit ihrem Gesange und Spiel in den Dienst des von dem Verein «Frauenhilfe» ausgehenden Unternehmens stellen und bei den Kranken enthusiastischen Beifall finden. Bei uns in Petersburg sind bereits seit einigen Jahren Versuche mit Theatervorstellungen namentlich in den Irrenanstalten mit gutem Erfolge gemacht worden und in dem von Prof. Dr. Ott geleiteten geburtshülflich-gynäkologischen Institut ist ein grosses Orgelwerk vorhanden, auf welchem ein bekannter Musiker täglich eine Stunde konzertiert.

Bf.

Am 29. Dez. d. J. betrug die Zahl der Kranken 12796 (35 wen. als in der Vorwoche.), darunter 1112 Typhus — (48 mehr), 852 Syphilis — (81 wen.), 310 Scharlach — (17 mehr), 227 Diphtherie — (13 wen.), 96 Masern — (3 wen.) und 33 Pockenkranke (5 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 23. bis zum 29. Dez. d. J. im ganzen 1082 (592 M., 490 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 32, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 34, Scharlach 20, Diphtherie 18, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 55, Erysipelas 4, Grippe 19, Katarrhalische Lungenentzündung 104, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 313, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 17, Tuberculose der Lungen 149, Tuberculose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 17, Lebensschwäche und Atrophia infantum 67, Marasmus senilis 56, Krankheiten der Verdauungsorgane 134, Totgeborene 47.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 5. Febr. 1908.

Tagesordnung: Hecker und Schmidt: Zur kutanen Tuberkulinprobe (Picquet) im Kindesalter.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 11. Febr. 1908.

Chemische Fabrik auf Aktien
(vorm. E. Schering) Berlin

empfiehlt

SUBLAMIN SCHERING
(Hervorragender Ersatz für Sublimat).

Ausgezeichnet durch grosse Reizlosigkeit. Tiefenwirkung und leichte Löslichkeit. Weniger toxisch als Sublimat.

Tabletten à 1 Gramm

GLUTOL SCHERING
nach Prof. Dr. Schleich
(Hervorragendes Wundheilmittel).

Literatur gratis zur Verfügung. (23) 24—10.

General-Vertrieb: Agences du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau und Moskau.
Briefadressen: Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau. Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Moskau.
Telegrammadressen: Pasteur, Warschau und Pasteur, Moskau

Haematogen Grüning.

Ein eisenhaltiges diätetisches Präparat, bewährt sich vorzüglich bei **Rachitis, Skrophulose, Schwächezuständen, Anämie** und **als Blutbildungsmittel.** **Haematogen Grüning** ist **keine Nachahmung** der ausländischen Präparate, sondern nach einem **bedeutend vervollkommneten Verfahren** hergestellt. Trotzdem ist der Preis ein billiger. Es enthält **weder** Aether noch andere schädliche Konservierungsmittel.
Verkauf bei der **Russischen Pharmazeutischen Handels-Gesellschaft** u. and. **besseren** Drogengeschäften und Apotheken.

General-Verkauf **C. W. Gosch,**
St. Petersburg, Gorochowaja, 32.

(78) 3—3.

Fischer's Kalender für Mediziner 1908

praktischer Taschenkalender für ***Aerzte*** **russischer u. deutscher** Notizkalender soeben erschienen Pr. ***1 Rbl.***
Durch jede Buchhandlung beziehbar. **Fischer med. Buchhdlg. Berlin 35.**

Akt. Ges. Voigtländer & Sohn, Braunschweig.



Optische und mechanische Werkstätte, *gegr. 1756.*
Abteilung **St. Petersb. Katharinenk. 14,**
(Ecke Nevsky), Telephon 78—17.

Mikroskope, Hülfsapparate
und Zubehör jeder Art.
Photographische Objektive und Apparate, Feldstecher, Zielfernröhre etc. etc.

✦ **Bitten gratis Katalog № 110 zu verlangen.** ✦

(25) 3—3. Telegrammadresse „Erka"-St. Petersburg.

Forman

(Chlormethylmenthyläther C_{10} H_{19} OCH_2 Cl).

Gegen Schnupfen! Klinisch erprobt und ärztlicherseits mehrfach als geradezu ideales Schnupfenmittel bezeichnet. Bei Influenza als Schutz- und Linderungsmittel sehr empfohlen.

Mit Forman getränkte Watte wird als Schnupfenwatte in den Handel gebracht und ist sehr einfach anzuwenden. Sie wird, zu kleinen Kügelchen geballt, in die vordere Nasenhöhlung eingeführt. Die sich entwickelnden Dämpfe bestreichen beim Atmen die entzündeten Teile des Nasenrachenraumes und wirken sofort lindernd und befreiend. Man wiederholt die Einführung der Watte nach Bedarf stündlich oder 1/2-stündlich, bei weniger schweren Fällen nur 2—3 mal am Tage. Bei rechtzeitiger Anwendung ist der Erfolg prompt und sicher.
Preis pro Dose Formanwatte in den Apotheken 25 Kop. (17) 3—2.
Probemengen und Literatur bereitwilligst kostenfrei.

Dresdener Chemisches Laboratorium Lingner,
Dresden.



ФОРМАМИНТЪ БАУЭРЪ

(FORMAMINT BAUER)

Новый препаратъ фирмы Бауэръ и K°, Берлинъ S. W. 48. Соединеніе формальдегида съ молочнымъ сахаромъ, имѣется въ продажѣ въ видѣ таблетокъ по 50 шт. въ склянкѣ. o o o o

Употребляется вмѣсто полосканія

ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНІЯ ЗѢВА И ПОЛОСТИ РТА

при различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ (Ангина, Стоматитъ и т. п.) а также и

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХЪ ЦѢЛЕЙ.

Таблетки дѣйствуютъ путемъ медленнаго раствореніа во рту. Пріемъ: 1—2 таблетокъ каждый часъ. Литературу и пробы Гг. врачамъ безплатно.

Главное Представительство Санатогена Бауэръ

С.-Петербургъ, Больш. Конюшенная, 29.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

– **Prof. Dr. Ernst Fischer** *(Strassburg)*:

Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:

Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:

Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:

Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel**, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner**, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (4) 0—27.

Winterkur für Lungenkranke

Görbersdorf i. Schl. (560 m.)

◆ **Dr. Römpler's Sanatorium** ◆

in herrlicher Gebirgslage mit grossem Park, Vollkommene Hygiene — modernste Einrichtungen. (10) 13—11.

BERLINER DOZENTENVEREIN FÜR ÆRZTLICHE FERIENKURSE.

Der nächste Zyklus des Berliner Dozentenvereins für ärztliche Ferienkurse beginnt am 2. März 1908 und dauert bis zum 28. März 1908. Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und erteilt Auskunft Herr Melzer (Berlin), Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

Prof. Dr. von Hansemann, Vorsitzender.

(23) 2—2.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege** (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. №15.

XXXIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge XXV. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 4 St. Petersburg, den 26. Januar (8. Februar). **1908.**

Ein Fall von tötlicher Phenacetinvergiftung.

Von

K. E. Russow. Dorpat.

Lewin sagt in seinen „Nebenwirkungen der Arzneimittel" über das Phenacetin; „die kleinste tötliche Dosis scheint ein Gramm gewesen zu sein". Soweit mir die Literatur zugänglich ist, habe ich nur Krönigs Publikation von 1895 in der Berliner klinischen Wochenschrift finden können, wo auch Fränkel in der Diskussion einen Fall mitteilt, in welchem 1 Gramm Phenacetin tötlich wirkte. Ich vermute, dass Lewins Angabe sich auf diese beiden Fälle bezieht. Mag mir auch manche Veröffentlichung entgangen sein, so scheint mir eine tötliche Phenacetinvergiftung immerhin so selten zu sein, dass die Mitteilung eines derartigen Falles berechtigt ist.

Die genaue Anamnese der Patientin S. L. ist ohne Belang. Bis vor zwei Tagen war sie gesund gewesen, bald nach einem Gewitter, bei dem ein Blitz in nächster Nähe eingeschlagen, hatten sich Schmerzen im ganzen Körper eingestellt. Objektiv waren kontrahierte Muskelpartien, die sich durch Massieren verstreichen liessen, aber stets wiederkehrten, in den Waden und einem Pektoralmuskel zu finden, leichte Transpiration, Blässe, harter sklerotischer Puls (Pat. war 50 Jahr alt), die inneren Organe zeigten keine merklich krankhaften Veränderungen. Auf die Diagnose „Muskelrheumatismus" hin erhielt die Pat. am Morgen und Abend des 22. Juni 1906 nach meiner Verordnung je 1,0 Phenacetin mit 0,2 Coffein. natr. benz. Der Urin soll schon an diesem Tage schwarz ausgesehen haben. Am Abend fand ich als Wesentliches: Grosse Blässe, Puls 80 — hart, Resp. 28—30, Temp. 36,8 — das war alles vor der Phenacetingabe ebenso gewesen — ferner sehr profusen Schweiss, Uebelkeit, Erbrechen (wohl Gehirnanämie) und dann ein Symptom welches auch Lewin erwähnt: die Patientin behauptete es in keiner Lage aushalten zu können und hatte sich den ganzen Tag von Freundinnen bald in dieser bald in jener Stellung stützen lassen. Die Nacht war nach kräftigen Kampherinjektionen und einer ganz kleinen Morphiumgabe — 0,005 — ziemlich ruhig. Puls, Respiration und Temp. waren am Morgen des 23. Juni ebenso wie am Abend vorher, der Schweiss hatte nachgelassen, das Sensorium war nicht getrübt, die Klagen über Schmerzen waren die gleichen wie am ersten Tage. Der Stuhl (nach einem Klysma) soll normal ausgesehen haben. Den Urinbefund gebe ich später nach dem klinischen Krankenbogen, da der am Morgen aufgefangene denselben Befund bot. Trotz zweistündlicher Kampherinjektionen und Anisammoniakgaben verschlimmerte sich der Zustand allmählig, sodass ich die Pat. um 3½ Uhr in die medizinische Klinik überführte. Die dort ebenso weitergeführte Behandlung und eine Kochsalzinfusion hatten nicht die geringste Wirkung. Um 5 Uhr war schon starke Benommenheit vorhanden, der Puls betrug 120, die Zahl der Atemzüge blieb stets um 28—30. Allmälig stellte sich Cyanose des Gesichtes und der Extremitäten ein, die gegen 8 Uhr Abends recht hochgradig wurde; dieselbe hatte den ganz gewöhnlichen Farbenton und durch Druck konnte man die blaugraue Farbe vollständig zum Verschwinden bringen. Um 11¾ Uhr erfolgte der Tod.

Der klinische Krankenbogen bringt über den Urinbefund folgendes:

Der um 8 h. p. m. mittels Katheter entleerte Urin (ca. 300 cbcm.) ist von dunkelbrauner Porterfarbe, ziemlich klar, nur der letzte Rest, der durch den Katheter lief, trüb, von saurer Reaktion. Das Filtrat lässt beim Kochen ein reichliches, graues Coagulum fallen, das durch Essigsäure nicht gelöst wird. Heller'sche Blutprobe im klar filtrierten Urin positiv, Guajakprobe gleichfalls. Bei Zusatz von Kalilauge wird die porterbraune Farbe des Urins schön burgunderrot (Methämoglobinreaktion). — Der Bodensatz des Urines besteht aus einer grossen Menge von Harnzylindern, die fast alle mit feinsten amorphen graubraunen Krümeln bedeckt sind; ferner sieht man im Bodensatz neben amorphen körnigen Massen noch einige kubische, geschwänzte und platte Epithelien sowie geringe Mengen rundlicher Zellen von Nierenepithelcharakter. Fügt man zu diesem Bodensatz im Centrifugenglas einen Tropfen Kalilauge hinzu, so löst sich ein Teil des braungrauen körnigen Niederschlages und auch die auf den Harnzylindern abgelagerten körnigen Massen verschwinden zum grossen Teil, so dass die Zylinder nun nackt daliegen und man sie deutlich als hyaline oder auch als granulierte Nierenzylinder erkennen kann; an einzelnen Zylindern ist ihre ursprüngliche aus Epithelialgebilden bestehende Struktur noch deutlich zu erkennen. Weisse und rote Blutkörperchen sind nicht zu bemerken. Bei Zusatz von 10 Tropfen Kalilauge auf 2 Kubikzentimeter Urin lösen sich die Krümel vollständig auf, auch die Zylinder verschwinden und es bleiben nur die epithelialen Elemente erhalten. Wenn der Versuch des KOHzusatzes direkt unter dem Deckglase vorgenommen wurde, ergab sich dasselbe. Bei einer Urinportion, welche durch einen kleinen Zusatz von Formalin eine längere Zeit konserviert wurde, löste sich der amorphe Niederschlag weder durch Erwärmung und Essigsäurezusatz, noch auch bei Zusatz des doppelten Volumens von Kalilauge. Bei der spektroskopischen Untersuchung des klar filtrierten frisch entleerten Urines erscheinen deutlich der dunkle Methämoglobinstreifen zwischen Orange und Gelb und undeutlicher die Oxyhämoglobinstreifen im Gelb und Grün.

Die im Harn enthaltene Eiweissmenge betrug nach Essbach 1,5 pro mille und bei der direkten Gewichtsbestimmung 1,2 pro mille. — Im filtrierten Urin fand sich wie gewöhnlich an Stelle des verschluckten Phenacetins das Zersetzungsprodukt desselben Phenetidin, welches sich als Diazoverbindung durch Versetzen des Harns im Reagenzglase mit einigen Tropfen ClH und 1 pCt. Natriumnitritlösung und Hinzufügen von alkalischer α-Naphtollösung nachweisen liess.

Die klinische Untersuchung ergab somit alle Zeichen einer schweren Hämoglobinurie und gleichzeitiger parenchymatöser Nephritis. Beides müssen wir als eine direkte Giftwirkung des eingenommenen Phenacetins betrachten.

Die schädigende Wirkung dieses Mittels auf die roten Blutkörperchen äusserte sich in der Ausscheidung von gelöstem Hämoglobin und Methämoglobin im Harn und in dem Auftreten der graubraunen krümeligen Substanz, die teils als amorpher Bodensatz des Urines und teils als Bestandteil der Harnzylinder erschien. Ich stand anfangs nicht an, diese Substanz für Methämoglobin zu halten, ebenso wie es fast alle Autoren vor mir getan haben, — später bin ich aber auf eine Arbeit von M. Afanassiew aufmerksam geworden (Virch. Arch. Bd. 98. pg. 460), in welcher A. ähnliche Niederschläge und Zylinder beschreibt, die er an Versuchstieren bei künstlich erzeugter Hämoglobinurie beobachtet hat. Er sagt von ihnen, dass sie ihrer chemischen Natur nach kein wahres Hämoglobin oder Hämatin seien, wohl aber eine eiweiss- und eisenhaltige Substanz. Wir haben also, wenn nicht Hämoglobin, so doch ein nahes Derivat dieses Stoffes vor uns.

Die Sektion wurde am 24. Juni, 17 Stunden nach dem Tode im pathologischen Institut der Universität von Dr. Schirokogorow ausgeführt.

Die anatomische Diagnose lautete: Oedema pulmonum, Adipositas et degeneratio parenchymatosa cordis, Arteriosclerosis universalis, Oedema cerebri.

Die mikroskopische Untersuchung der in Müller-Formollösung fixierten Organe deckte noch auf: eine sehr ausgesprochene Fragmentatio cordis, eine kolossale Hyperämie der Lungen, Milz, Nieren und Leber; akute parenchymatöse Nephritis, wobei hauptsächlich die gewundenen Kanäle von der Entzündung betroffen waren.

Vielfach war das Lumen der Harnkanälchen ausgefüllt mit Zylindern von graubrauner Farbe, welche sich (ähnlich den durch Formalin konservierten Urinzylindern) durch Kalilauge nicht lösen liessen.

In den Blutpräparaten, die leider nur aus Leichenblut hergestellt wurden, fiel eine ziemlich reichliche Leukozytose auf, eosinophile Zellen liessen sich fast garnicht finden, dagegen wohl vereinzelte Myelozyten mit neutrophiler Granulierung; ferner auffallende Blässe einer bedeutenden Anzahl von roten Blutkörperchen; da solche ziemlich gleichmässig verteilt unter gut gefärbten Erythrozyten lagen, so ist hierin wohl nicht ein zufälliges Kunstprodukt zu erblicken.

Wenn ich noch einige epikritische Bemerkungen machen darf, so möchte ich hervorheben, dass der Tod hier durch Vasomotorenlähmung erfolgt ist; die Blutveränderung war noch lange nicht so hochgradig wie man sie bei Methämoglobinurien — auch nicht tötlichen beobachtet hat.

Es sei mir noch gestattet an dieser Stelle eine Intoxikationserscheinung zu besprechen, die schon vielfach nach diversen Antipyreticis beschrieben worden ist, von der mir aber scheint, dass der häufigste Grund ihres Auftretens nicht allgemein bekannt ist. Es handelt sich um den Symptomenkomplex: Herzklopfen, Atemnot, Schwindel, Cyanose oder Röte des Gesichtes. Ich möchte nun die Behauptung aufstellen, dass speziell dieser Symptomenkomplex gewöhnlich nur dann zustande kommt, wenn gleichzeitig oder vor Ablauf der Wirkung des Fiebermittels Alkohol genommen wird. Da ich selbst oft an Migräne leide und häufig eines jener Mittel einnehme, so habe ich, nachdem ich erst einmal auf die merkwürdige Zusammenwirkung von Alkohol und Antipyreticum aufmerksam geworden war, wiederholt absichtlich bei mir jenen Symptomenkomplex hervorgerufen. Meist tritt zuerst ein sonderbarer, etwas metallischer Geschmack im Munde auf, danach dann Atemnot und Herzklopfen mit ca. 100 Pulsschlägen pro Minute und ein fleckiges Exanthem auf der Stirn. Auch an anderen Personen habe ich diesen Zustand öfter beobachtet.

Obgleich derselbe durchaus nicht allzuquälend oder irgendwie beunruhigend ist, so habe ich doch den Schluss gezogen, dass Antipyretica unter Umständen zu vermeiden sind; z. B. eine Zeit lang vor einer Narkose, denn bei der Aehnlichkeit von Alkohol-, Aether- oder Chloroformwirkung könnte man hierbei etwas Aehnliches erwarten und bei tiefer Narkose, wo das Leben ohnehin in Gefahr schwebt, ist jede unnütze Komplikation vom Uebel. Weiter glaube ich auch, dass im Allgemeinen Alkohol als Analeptikum bei Schwächezuständen, die zuweilen nach einem Antipyretikum auftreten, nicht angezeigt ist. Starker Kaffee wirkt hierbei viel besser! Bei täglicher Gewöhnung an Alkohol mag das vielleicht eine überflüssige Vorsicht sein, wenigstens habe ich im japanisch-russischen Kriege, wo ich eine Zeit lang regel-

mässig ein kleines Alkoholquantum zu mir nahm, jenes Symptomenbild an mir nicht beobachtet.

Den vorstehend geschilderten Fall habe ich nicht in der Absicht mitgeteilt, um gegen das Phenacetin oder ähnliche Mittel zu Felde zu ziehen, ich hoffe es gelingt mit der Zeit auch hier die Gegenindikationen herauszufinden.

Schon bei der Diskussion im Anschluss an Krönigs Mitteilung in der Berliner Medizinischen Gesellschaft wurde eine Reihe von solchen aufgeführt; auch ich habe gegen eine derselben verstossen — Patienten die zur Transpiration neigen dieses Mittel nicht zu geben. —

Bei meinen Literaturstudien die ich im Anschluss an diesen schlimmen Fall vornahm, habe ich den Eindruck gewonnen, als ob verminderte Blutalkaleszenz auch eine Kontraindikation wäre, bei den Tierversuchen, die ich in diesem Hinblick vornahm, kam ich allerdings nicht zu deutlichen Resultaten.

Die Literatur ist am reichsten über diesen Gegenstand in den Zeitschriften aus den Jahren 1887—1890 namentlich in den therapeut. Monatsheften; dieselbe ist zusammengestellt bei Löbisch, die neueren Arzneimittel.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Praxis der Hautkrankheiten. Unnas Lehren. Für Studierende und Aerzte. Zusammengefasst und dargestellt von Dr. Iwan Bloch-Berlin. Mit einem Vorwort von Dr. P. G. Unna in Hamburg. Mit 92 Abbildungen. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1908. 698 S.

Wir haben vor uns ein Werk, das die Lehren Unna's enthält, jedoch nicht aus der Feder Unna's stammt, sondern aus der eines seiner begabtesten Schüler und Freundes Dr. Iwan Bloch, des berühmten Verfassers des «Ursprungs der Syphilis». Unna hat sich bis jetzt zu den häufigen Aufforderungen, ein Lehrbuch der Hautkrankheiten zu schreiben, stets ablehnend verhalten. Nach seiner Meinung soll ein solches Lehrbuch den Abschluss der eigenen Forschertätigkeit, gewissermassen das Testament des Forschers und das Dokument einer bestimmten Epoche pathologischer Anschauungen darstellen. Er hatte aber nichts dagegen einzuwenden, dass Dr. Iwan Bloch, der sich seine Lehren völlig zu eigen gemacht hat, ein solches Buch schreibe. Und so haben wir denn ein von Unna's Geist durchwehtes Werk vor uns, in welchem sich die Anschauungen einer ganzen Generation wiederspiegeln. Getreu Unna's Grundsatz, dass nur eine rein biologische Auffassung der Hautkrankheiten zu einer wirklichen dermatologischen Wissenschaft führen könne, ist dem anatomisch-physiologischen Teil, der Morphologie, Biologie und Pathogenese der Hautkrankheiten ein grosser Raum im Werke (S. 19—170) eingeräumt; es schliesst sich daran die allgemeine Behandlung der Hautkrankheiten (S. 170—360); dann folgt die spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten (S. 388—635). Die «Einführung in die Finsen-Röntgen-Radium-Therapie» bildet einen Anhang und ist von Dr. Paul Wichmann verfasst (S. 635—671). Ein Namen- und Sachregister beschliesst das Werk.

Der Verfasser war bemüht, für den Praktiker ein Handbuch der wissenschaftlichen Dermatologie nach den Lehren Unna's zu schreiben, in welchem der Arzt für seine diagnostische Tätigkeit und seine therapeutischen Maassnahmen die wissenschaftliche Begründung findet. Besonders eingehend ist die therapeutische Methodik und Technik und die Pharmacopoea dermatologica erörtert worden. Die Abbildungen sind fast ausschliesslich nach Originalphotographieen der Unna'schen Klinik angefertigt. Der Verfasser hofft, dass das, Unna's Lebenswerk schildernde, Buch dem Praktiker die Erleuchtung der dermatologischen Praxis in allen ihren Teilen durch den Nachweis eines organischen Zusammenhanges zwischen Histologie, Klinik und Therapie, wie er von Unna erbracht worden ist, geben wird.

Brennsohn-Riga.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 18. April 1907.

Anwesend 37 Mitglieder und als Gäste die DDr. C. Becker, Pacht, Sickel; in Abwesenheit von Dr. Klemm übernimmt Dr. Voss das Präsidium.

Das Protokoll der Sitzungen vom 21. März und 4. April wird verlesen und angenommen.

Vor der Tagesordnung macht Dr. Voss Mitteilung über den am 18. April morgens eingetretenen Tod unseres Mitgliedes Kitta-Kittel. Die Ges. ehrt den Verstorbenen durch Aufstehen von ihren Sitzen.

Dr. von Bergmann referiert über den Krankheitsverlauf Operation und den Sektionsbefund.

Dr. G. Engelmann stellt einen 68-jährigen Patienten aus dem Stadtkrankenhause vor, bei dem er wegen Prostatahypertrophie die suprapubische totale Prostatectomie ausgeführt hat, und welcher, durch die enorme Grösse der entfernten Prostata sowie die Komplikationen des Krankheitsbildes Interesse beansprucht.

Der Patient hat 18 Jahre an kompl. Harnverhaltung gelitten, sich während dieser Zeit selbst katheterisiert. Vor 3 Jahren kam er zum ersten mal in E.'s Behandlung (im Krankenhaus). Es hatten sich zunehmende Beschwerden und starke Schmerzen und Blutungen eingestellt. Patient befand sich in sehr desolatem Zustande, die Blase war mit Blutcoagula gefüllt, die Untersuchung ergab die Anwesenheit mehrerer Konkremente. Es wurde in Chloroformnarkose die Sectio alta vorgenommen und 4 über haselnussgrosse Konkremente entfernt. Leider gestattete damals der Zustand des Patienten keine weitere Ausdehnung der Narkose, so dass auf eine operative Entfernung der stark in die Blase hineinragenden Prostata verzichtet werden musste. Später hat E. dann 2 mal versucht durch die Bottinische Operation die Urinentleerung herzustellen; infolge der Grösse des Tumors, mit negativem Erfolg. Auf eine radikale Operation ging Patient damals nicht ein, verliess das Krankenhaus und behalf sich weiter mit Selbstkatheterisieren. Anfang dieses Jahres stellten sich von neuem heftige Beschwerden ein und am 18. Februar stellte sich Patient wieder im Krankenhause ein mit starker Blasenblutung und Schmerzen. Die Blase war stark gefüllt, reichte bis oberhalb des Nabels, war mit verjauchten stinkenden Blutcoagula angefüllt, die sich per Katheter nicht entleeren liessen.

Es wurde dieses Mal unter Lumbalanästhesie (Stovain 0,06) die Blase durch die Sectio alta eröffnet, die stinkenden Coagula entfernt, wobei die stattliche Zahl von 36 linsen- bis haselnussgrossen Steinen entleert wurde. Die mächtig vergrösserte Prostata ragte tumorartig in das Blaseninnere vor. Nach Auswaschung der Blase wurde die totale Enucleation der Prostata nach Freyer vorgenommen, die Schleimhaut über dem Prostatalappen eingeritzt und während der eine Finger vom Mastdarm die Tumormassen entgegendrückte dieselben mit der anderen Hand ausgeschält. Infolge der Grösse der Tumoren und der durch die Bottinische Operation gesetzten Narben gelang es nicht in toto die einzelnen Lappen zu entfernen, sondern mussten dieselben stückweise herausbefördert werden, doch liessen sich alle Tumormassen entfernen, welche den kolossalen Umfang reichlich zweier Männerfäuste hatten. (Demonstration des Präparates).

Die Harnröhre blieb intakt. Drainage der Blase durch die Bauchdecken mittelst daumendicken Drains, Naht, Verweilkatheter. Der Verlauf war ein guter, es entleerten sich bei der täglichen Ausspülung durch das Drain, anfangs reichlich nekrotische Fetzen. Die Blasenwunde hat sich nach der Entfernung des Drains schnell geschlossen. Patient uriniert jetzt spontan mit gutem Strahl, ohne Beschwerden, die Blasenkapazität ist eine normale, kein Residualharn, es besteht keinerlei Inkontinenz, Patient wird noch mit Blasenspülungen behandelt da der Urin noch trübe ist. Fortschreitende Heilung der Schleimhaut lässt sich zystokopisch verfolgen.

Punkt I der Tagesordnung. Dr. Engelmann hält seinen Vortrag über «Die Lumbalanästesie in der urologischen Praxis».

Die von Bier zur Methode ausgestaltete Injektion anästhesierender Lösungen in den Rückenmarkskanal, zur Erzielung einer, für Operationen ausreichenden, Analgesie hat in letzter Zeit immer weitere Ausbreitung und Anerkennung erfahren, dank der mannigfachen Verbesserung und Umgestaltung der Methode hauptsächlich nach 3 Richtungen hin:

1) Beschränkung der Giftwirkung durch Ersetzung des Cocains durch weniger toxische Substanzen (Stovain, Tropo-

cocain etc.) und durch Hinzufügen der Nebennierenpräparate, wodurch eine lokalisierte Wirkung ermöglicht wird, die Gefahr der Einwirkung auf die höhergelegenen Teile des Zentralnervensystems vermieden wird.

2) Ausgestaltung der Technik. (Dönitz, Bier). Wichtig ist das genaue Treffen der Zysterna terminalis beim Einstich, dieser daher genau in der Mittellinie zu machen: bei richtiger Lage der Nadel fliesst der Liquor stets im Strahle ab. — Beckenhochlagerung ermöglicht höherreichende Anästhesie ohne Steigerung der Dosis u. s. w.

3) Genauere Feststellung der Indikationen und Kontraindikationen: Vermeidung der Lumbalanästhesie bei Verletzungen und Verdacht auf Erkrankungen des Rückenmarks; bei allgemeiner septischer Erkrankung; bei abnormer Beschaffenheit des Liquor cerebrosp. besonders bei hämorrhagischem Liquor.

Weitere Arbeiten und Beobachtungen nach dieser Richtung hin, werden zu immer weiterer Vervollkommnung der Methode führen.

Seit dem Sommer vorigen Jahres hat der Vortragende in seiner Abteilung am Stadt-Krankenhause in 56 Fällen die Lumbalanästhesie angewandt und zwar bei folgenden Eingriffen.

27 Operationen bei Prostatahypertrophie nämlich:
6 Mal suprapubische transvesikale Prostatectomie.
17 Mal galvanokaust. Discision nach Bottini.
4 Mal doppelseitige Vasectomie.
Ferner 6 Fälle von Sectio alta (Steine und Tumoren):
2 Exzisionen von ausgedehnten Papillomen.
3 Castrationen bei Hodentuberkulose.
5 Radikaloperationen der Hydrocele.
4 periurethrale Abszesse mit Urethralfisteln.
1 Harnröhrenplastik.
1 Penisamputation wegen Karzinom mit Ausräumung der Inguinaldrüsen.
1 Inzision eines Prostataabszesses vom Damm.
1 Phimosenoperation.
1 Zystoskopie bei intoleranter Blase (Karzinom).

Alle Operierten waren Männer, dem Alter nach zwischen 16 und 90 Jahren, die meisten über 50.

Verwandt wurde das Stovain und zwar das Billonsche Präparat (isotonische Lösung), die Dosis betrug 0,04 bis 0,06 in einigen wenigen Fällen bis 0,072.

Die Injektion wurde unterhalb des II., meist unterhalb des III. proc. spin. der Lendenwirbel vorgenommen wobei die von Dönitz angegebene Technik eingehalten wurde. (Arch. f. klin. Chirurgie 77).

Von diesen 56 Fällen trat in 48 Fällen compl. Anästhesie für die ganze Dauer der Operation ein, 8 verliefen nicht vollkommen schmerzlos. In 4 Fällen musste behufs Beendigung der Operation zum Chloroform gegriffen werden (meist geringe Quantitäten 10—20 Cub. ctm.) in einem Falle wurde durch eine 2. Injektion (0,03 Stovain) compl. Anästhesie erreicht, die übrigen konnten ohne weitere Anästhesierung beendet werden.

Das Zustandekommen dieser unvollkommenen Erfolge beruht auf technischen Fehlern, der grösste Teil kam in der ersten Zeit der Anwendung der Lumbalanästhesie vor, während welcher mit einer zu spitz abgeschliffenen Nadel gearbeitet wurde, wobei ein Teil der injizierten Flüssigkeit den Subarachnoidalraum verfehlt haben kann.

Nebenerscheinungen (während der Operation) zeigten 4 Fälle. 1 Mal Collaps mit erschwerter Atmung, bei einem durch Blutungen sehr geschwächten Patienten und Harnblasenkarzinom. (Stovaindosis 0,072).

1 Mal leichter Collaps bei einem 74-jährigen Prostatiker. Beide Mal schwanden die Erscheinungen nach einigen Kampherinjektionen, der weitere Verlauf der Operationen war ein ungestörter.

2 Mal traten Kopfschmerzen in Verbindung mit Uebelkeit, einmal auch mit Würgebewegungen, gegen Ende der Operation auf. Die Beklemmungen schwanden schnell nach Darreichung von Wein.

Nachwirkungen wurden in 12 Fällen beobachtet, sämtliche waren vorübergehender Natur, die meisten geringfügig. Sie bestanden in Kopfschmerzen, zuweilen kombiniert mit Schmerzen und Steifigkeit im Nacken und Rücken. Die Dauer betrug einige Stunden bis 1 Tag, sehr selten 2 Tage. Pyramidon und Migränin erwiesen sich meist als wirksam dagegen.

In 1. Fall wurde länger dauernde Parese beider Beine beobachtet, sie schwand erst allmälig, im Laufe einer Woche. (55-jähr. Pat. Dosis 0,048 Stovain). Eine Ursache liess sich nicht finden. Sonstige Nach- und Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Temperatursteigerungen, die auf die Lumbalanästhesie zurückgeführt werden müssten konnten nicht konstatiert werden. Für die urologischen Operationen bedeutet die Lumbalanästhesie einen entschiedenen Fortschritt. Oft wird durch dieselbe der Eingriff geradezu erst ermöglicht. Hohes Alter, Komplikationen seitens des Herzens und der Niere, Arteriosklerose kommen hier besonders häufig in Frage (Prostataoperationen) und lassen die Inhalationsnarkose gefährlich oder kontraindiziert erscheinen. Bei manchen Operationen erweist die Lumbalanästhesie sich auch an sich als leistungsfähiger der Inhalationsnarkose gegenüber z. B. bei der Lithotripsie bei intoleranter Blase; eine so vollkommene Ruhigstellung der Blasenmuskulatur wie sie durch die Lumbalanästhesie vermittelst Stovain erzielt wird, kann man oft auch durch tiefe Chloroformnarkose nicht erreichen.

Die Bottinische Operation kann meist bei lokaler Cocainisierung ausgeführt werden, doch ist dabei keine Schmerzlosigkeit zu erzielen. Wo man bei empfindlicheren Patienten eine solche herzustellen wünscht wird man die Lumbalanästhesie der Chloroformnarkose vorziehen, da letztere sehr tief sein müsste um reflektorische Bewegungen des Patienten die gefährlich werden können (Abgleiten des Instrumentes, Verbiegen der Platinklinge) auszuschalten.

Von den in der Literatur publizierten bei der Lumbalanästhesie vorgekommenen Todesfällen fallen die meisten nicht der Methode an sich zur Last. Genauere Präzisierung und Berücksichtigung der Contraindicationen werden derartige Zufälle vermeiden lassen.

Dr. Voss dankt Vortragendem für den interessanten Vortrag, da dieses aktuelle Thema zum ersten Male hier besprochen wird und bittet die Chirurgen und Gynäkologen auch ihre Erfahrungen mitzuteilen.

Dr. v. Bergmann: Ueber die ersten mit Lumbalanästhesie operierten (aus dem Krankenhause) Fälle habe Dr. Brehm auf dem Livl. Aerztetage in Wolmar gesprochen. Er Bergmann habe das Stovainpräparat gebraucht und sei er in den meisten Fällen, die er sich dazu ausgesucht habe mit dem Erfolge zufrieden gewesen, in einer Reihe von Fällen käme es aber zu unangenehmen Neben- resp. Nacherkrankungen, so sei man nicht vor Neuralgien sicher, die spät selbst am Ende der 2. Woche auftreten können, die Beschwerden, Schmerzen und Paresen klingen sehr langsam ab, er erinnere sich eines solchen Falles nach Appendizitis, wo Obiges erst als Pat. entlassen werden sollte eintrat und die volle Genesung sehr verzögerte. Das Verfahren konkurriere seiner Meinung nach nicht mit der allgem. Narkose, es seien die Fälle jeweilig auszusuchen. Bei gesunden kräftigen Personen ziehe er die Chloroformnarkose vor, da sie mit der grössten Wahrscheinlichkeit gut vertragen werde. Personen aber mit nicht ganz einwandsfreiem Herz oder Nieren, würden weniger Gefahr laufen bei der Lumbalanästhesie. Einige Todesfälle die bei letzterer bei Beckenhochlagerung vorgekommen, lege er dem Verfahren nicht zur Last, dieses sei seiner Erinnerung bei 2 Fällen mit incarcerierten Hernien bei dicken Personen vorgekommen, wo sofortiger Tod gleich nach der Beckenhochlagerung eingetreten sei. Interessant sei, dass bei der neuen Methode auch eine unangenehme Erscheinung auftrete, die früher stets auf das Konto der Chloroformnarkose gesetzt wurde, er meine die Pneumonien nach Herniotomien, die er ganz in gleichem Masse nach der Stovainnarkose beobachtet habe.

Dr. Bornhaupt hat alle die Erfahrungen, von denen Dr. Engelmann gesprochen auch in der ersten Zeit durchgemacht, er stehe so, dass man mit der Anästesie nicht zu weit gehen dürfe und könne. Jüngere Personen mit gesunden Herzen und Nieren würden jetzt schon von der Methode ausgeschlossen, auch den septischen Fällen gegenüber stehe man allgemein so, er jedoch habe an letzteren die Lumbalanästesie wohl vorgenommen mit dem Eindruck, die Kräfte derselben geschont zu haben. Lungenaffektionen seien keine Kontraindikationen für's Chloroform, auch er habe richtige Pneumonien nach der Lumbalanästesie gesehen, die fraglos sonst auf's Chloroform bezogen worden wären. Er habe bei einem sehr geschwächten Menschen eine Nierenexstirpation, auch einige eitrige Appendicitiden bei sehr herabgesetzten Kräften mit gutem Resultate unter Lumbalanästesie operiert. Empfohlen wird jetzt um Nachwirkungen zu vermeiden sofortige Hochlagerung des Kopfes nach der Operation und haben die schweren Kollapse mit späteren Kopfschmerzen nachgelassen, nach dem er seine Pat. im Bette sitzen lässt nach der Operation.

Dr. von Knorre hält die Lumbalanästesie wie geschaffen sowohl für die Operationen am Urogenitalsystem wie auch im allgemeinen für die gynäkologischen Operationen an den Beckenorganen, er halte sie aber nicht für human, neben dem Unangenehmen berge die Beckenhochlagerung auch eine direkte Gefahr in sich, bei Versuchen an Hunden habe Krönig von 5 — drei bei Hochlagerung verloren. Das Blutfliessen, Sprechen, kleine Wortdifferenzen, wie sie doch häufig bei Operationen vorkämen, würden von der Patientin bei vollem Bewusstsein mitgemacht, es seien daher der Morphium-Skopolamin Dämmer-

schlaf empfohlen, auch möchte er dafür sein, nach Krönig, dunkle Brillen, Festbinden der Ohren einzuführen, trotz alledem ziehe er die Inhalationsmetode vor, da ihm eine unbestimmte grosse Dosis bei der Lumbalanästesie eingeführt zu werden scheint. Angenehm auffallend bei letzterer sei allerdings die totale Erschlaffung der Bauchdecken; der Nachschmerz sei bei der Operation aber intensiver, über Nachwirkungen unangenehmer Art könne er bei seinen wenigen Fällen nichts sagen.

Dr. Berg meint bei einer Steinzertrümmerung doch stets mit lokalem Anästeticum auskommen zu können, wogegen Dr. Engelmann hervorhebt, dass dieses doch nicht die Möglichkeit absoluter Ruhe biete resp. nicht genügend lange vorhalte.

Dr. Devrient fragt nach dem Verhalten des Harnes, in der Litteratur würde eine grosse Anzahl von Nephritisfällen nach Lumbalanästesie angeführt, andererseits sei die Häufigkeit der selbst erst nach 6—7 Tagen auftretenden Abducenslähmung auffallend, ob jemand darüber Aufklärung geben könne, warum gerade dieser Nerv befallen werde.

Dr. Engelmann antwortet, dass in seinen Fällen auch schon vorher eine mehr oder weniger grosse Eiweissmenge im Harne vorhanden gewesen, bei den regelmässigen Untersuchungen sei aber eine besondere Vermehrung nicht zur Beobachtung gekommen, die Untersuchungen seien über viele Tage täglich gemacht.

Dr. Zwingmann meint, die Abducenslähmung könne verschieden erklärt werden, der Abducenskern u. — austritt liegt am weitesten nach unten, am distalen Ende des Gehirns, es könne daher eine direkte Beeinflussung des Nervenstammes am Austritt vorliegen, falls das Mittel bis zur Medulla obl. vordringe. Der Abducens erkranke auch sonst am leichtesten z. B. sei er leicht beteiligt bei beginnender Tabes und Paralysis.

Dr. Hirschberg wird auf die Frage, warum die Injektionen nicht höher hinauf gemacht würden um eventuell die Beckenhochlagerung zu vermeiden, erwiedert, dass die Gefahr der Rückenmarksverletzung solches nicht zuliesse.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Im hohen Alter von 81 Jahren ist der Nestor der Universität Freiburg i. Br., Professor Dr. Albert Schinzinger, in den Ruhestand getreten. Schinzinger war anfangs praktischer Arzt, dann habilitierte er sich als Privatdozent für Chirurgie an der Freiburger Universität, der er als Lehrer 55 Jahre angehört hat, und zwar zuletzt als Professor extraordinarius. In seinem Spezialfache, der Chirurgie, hat Schinzinger hervorragendes geleistet, wie denn auch seine Privatklinik stets sehr stark besucht war. Seine Hand und seine Augen waren, wie aus Freiburg berichtet wird, bis ins höchste Alter vollständig sicher und seine Kraft und Gesundheit sollen noch heute bewundernswert sein.

— Wie die «Hochschulkorresp.» erfährt, gedenkt auch der bekannte Pharmakologe Prof. Dr. Karl Binz, Ordinarius und Direktor des pharmakologischen Instituts an der Universität Bonn, mit dem Schluss dieses Semesters seine Lehrtätigkeit aufzugeben. Prof. Binz steht im 76. Lebensjahre.

— Zum Rektor der Universität Strassburg ist für das nächste Studienjahr (April 1908 bis April 1909) der Professor der Gynäkologie Dr. Hermann Fehling gewählt, nachdem der Professor der Chirurgie Dr. Madelung die zuerst auf ihn gefallene Wahl mit Rücksicht auf seine berufliche Tätigkeit abgelehnt hatte.

— Der stellv. Gouvernements-Medizinalinspektor von Ufa, Staatsrat Dr. Lipnizki, ist zum Gouvernements-Medizinalinspektor von Rjasan ernannt worden.

— Der stellv. ausserordentliche Professor der Botanik an der Charkower Universität Dr. bot. Arnoldi ist zum ordentlichen Professor befördert worden.

— Zum Professor auf dem vakanten Lehrstuhl der pathologischen Anatomie an der Universität Tomsk ist, wie der «R. Wr.» hört, der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie Dr. M. Pokrowski bereits im Oktober v. J. gewählt, aber bis jetzt von der Regierung noch nicht bestätigt worden.

— Prof. Dr. Otto Sarwey in Rostock hat die Berufung nach Erlangen als Nachfolger Prof. K. Menges auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie angenommen.

— Der ausserordentliche Professor der Gynäkologie an der Universität Heidelberg, Dr. J. Schottländer, wird der Aufforderung des Prof. Dr. v. Rosthorn, ihm nach Wien zu folgen, um dort die Stellung als Direktor des Laboratoriums der neuerbauten Frauenklinik in Wien zu übernehmen, entsprechen.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Im Flecken Trzeciny (Gouv. Lomsha) im 85. Lebensjahre der dortige langjährige Arzt Dr. Thomas Wrubel, der trotz seines hohen Alters noch bis in die letzte Zeit die Praxis ausgeübt hat. Das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit konnte der Verstorbene bereits i. J. 1902 begehen. 2) In Odessa der Assistent an der pädiatrischen Universitätsklinik Dr. Wladimir Dudin im Alter von 37 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher i. J. 1898 den Arztgrad erlangt hatte, war in früheren Jahren interner Arzt am St. Petersburger Findelhause. 3) Am 6. Dezember v. J. der Beamte für besondere Aufträge der Ober-Militär-Medizinalverwaltung, wirkl. Staatsrat Dr. Nikolai Kerstens, im 57. Lebensjahre nach 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. In der letzten Zeit fungierte er als Beamter für bes. Aufträge V. Klasse in der sibirischen Bezirks-Militär-Medizinalverwaltung. 4) Am 27. Dezember v. J. in Trubtschewsk der Kreisarzt Dr. David Markusson im 58. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1879 erlangt. 5) Am 18./31. Januar in München der Senior der dortigen medizinischen Fakultät, Geh. Obermedizinalrat Dr. Karl v. Voit, Prof. ord. der Physiologie an der Universität, im 77. Lebensjahre. Er war einer der hervorragendsten Vertreter der Physiologie, der zusammen mit Pettenkofer und Th. Bischoff die Lehre vom Stoffwechsel und der Ernährung experimentell begründet hat. Nach Absolvierung seiner Studien an den Universitäten München, Würzburg und Göttingen i. J. 1854, war er Assistent am physiologischen Institut zu München unter Prof. Bischoff, habilitierte sich dann im nächsten Jahre daselbst für dieses Fach, wurde 1860 ausserordentlicher und 1863 ordentlicher Professor. Die Bayerische und die Berliner Akademie der Wissenschaften ernannten ihn zu ihrem Mitgliede. Von grundlegender Bedeutung waren die von Voit und Bischoff mit staunenswertem Scharfsinn und grosser Akuratesse durchgeführten Untersuchungen über den Chemismus des Stoffwechsels und das Nahrungsbedürfnis des Menschen. Seit jenen experimentellen Untersuchungen Voits und Bischoffs ist es erst möglich geworden, die zweckmässigste Zusammenstellung der für die Erhaltung des menschlichen Körpers erforderlichen Nährstoffe wissenschaftlich zu begründen und damit zugleich wirtschaftlich richtig zu gestalten. Mit Pettenkofer und Buhl zusammen begründete Voit i. J. 1865 die Zeitschrift für «Biologie», in welcher er seine Arbeiten veröffentlichte, und mit Bischoff zusammen schrieb er «Die Gesetze der Ernährung des Fleischfressers». Von seinen selbständig verfassten Werken wollen wir hier noch seine «Theorien der Ernährung im tierischen Organismus» und seine «Untersuchungen über den Einfluss des Kochsalzes, des Kaffees und der Muskelbewegung auf den Stoffwechsel» erwähnen.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Das Psychoneurologische Institut, dessen Organisation von einem zu diesem Zweck gewählten Komitee bereits abgeschlossen ist, soll in den ersten Tagen des Februars hier in Petersburg eröffnet werden. Zum Präsidenten des Instituts ist der bekannte Psychiater und Neurolog Prof. Dr. Bechterew und zum gelehrten Sekretär der Privatdozent der militär-medizinischen Akademie Dr. A. Gerwer gewählt worden. Für alle drei Abteilungen, die das Institut haben wird, sollen bereits die Lehrkräfte aus der Zahl hervorragender Fachgelehrten der Residenz gewonnen sein, so dass die Vorlesungen im ersten Kursus — wie verlautet, vorläufig in den Auditorien der zeitweilig geschlossenen freien Hochschule (am Englischen Prospekt) — in nächster Zeit beginnen können. Die Aufnahmegesuche sind unter Beifügung des Taufscheines und des Maturitätszeugnisses bis zum 15. Februar beim Konseil des Instituts einzureichen. Das Honorar für die Vorlesungen des I. Semesters ist auf 30 Rbl. fest-

gesetzt. Nach dem Lehrplan wird es eine Abteilung mit zweijährigem Kursus für Absolventen von Mittelschulen und eine Abteilung für Personen mit abgeschlossener Hochschulbildung im Institut geben. Was die Mittel zum Unterhalt des Instituts anbelangt, so sind diese bereits durch zahlreiche hochherzige Spenden und Schenkungen gesichert, nämlich von den Herren Alafusow 78,000, von General Simin — 50,0000 Rbl., von Herrn Golowin 24,000 Rbl.; von einer Person, die ungenannt bleiben will, ein Gut im Werte von 600,000 Rbl. Obschon das Institut somit bereits über 800,000 Rbl. verfügt, so reicht diese Summe doch noch nicht zur Realisierung dieses gross gedachten wissenschaftlichen Unternehmens hin.

— Die Universität Jena hat am 2. Februar n. St. das 350-jährige Jubiläum ihres Bestehens in aller Stille begangen. Eine grössere Feier ist im August-Monat in Aussicht genommen, wenn das neue Universitätsgebäude fertiggestellt worden ist.

Verschiedene Mitteilungen.

— Der Bakteriologe Dr. Kaschkadamow hat die St. Petersburger städtische Sanitätskommission darauf aufmerksam gemacht, dass die auf dem hiesigen Markte in grossen Massen erschienenen kalifornischen Früchte zu Konservierungszwecken mit Schwefeldämpfen behandelt worden sind. Die Untersuchungen hätten ergeben, dass z. B. die Aprikosen 0,40% Schwefel, die Birnen 0,50%, die Pfirsiche 0,54%, die Pflaumen 0,30% u. s. w. enthalten. Wäscht man die Früchte, so verlieren sie viel von ihrem Schwefelgehalt und beim Kochen verschwindet dieser fast gänzlich. Die Sanitätskommission beschloss den Medizinalrat darauf aufmerksam zu machen. (Her.)

— Neue chirurgische Heilanstalt. Am 21. Januar wurde hier auf Wassili-Ostrow im Hause Nr. 48 an der 11. Linie die von der Fürstin E. W. Barjatinski gegründete chirurgische Heilanstalt eröffnet. Die Heilanstalt ist in einem isoliert liegenden Hause mit grossen hellen Räumen untergebracht und für die Ausführung selbst der schwersten Operationen eingerichtet.

— Durch das Auftreten der Cholera in Konstantinopel ist wieder die Aufmerksamkeit auf die heiligen Stätten des Islams, Mekka und Medina, gerichtet. Es steht fest, dass während der Pilgerzeit, in welcher etwa 200,000 Menschen aus allen Weltteilen an dem Grabe Mohammeds zusammenströmen, alle möglichen Krankheiten entstehen. Seit dem diesjährigen Beginn der Pilgerfahrten sind allein in Mekka über 4000 Pilger an der Cholera gestorben.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 5. Febr. 1908.

Tagesordnung: Hecker und Schmidt: Zur kutanen Tuberkulinprobe (Pirquet) im Kindesalter.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 11. Febr. 1908.

SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE“

Airol
Digalen
Thiocol
Thiocol-tabletten

Sirolin

die idealste Form der Guajacol-Therapie.

Wohlriechender, angenehm schmeck. Sirup.

Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.

Warnung! Sirolin ist nur echt, wenn jede Flasche mit unserer Firma versehen ist.

Protylin

Phosphoreiweiss m. 2,6% entgift. Phosphor.

Leicht resorbierb., völl. unschädl. f. d. Darmtrakt. Neurosen, Hysterie, senil. Marasmus, Cachexie.

Eisen-Protylin (Eisengeh 2,3%), b. Chlorosen u. Anaemie.

Brom-Protylin (Bromgehalt 4% org. geb.), bei Neurosen.

Originalpackungen von 25, 50, 100, 250 gr. und Tabletten à 0,25 gr. in Cartons à 100 Stück.

Asterol
Arsylin
Thigenol
Sulfosot-sirup

Muster und Literatur zur Verfügung.

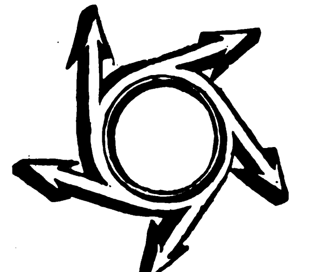
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

(3) 52—31.

Marke  **„Pfeilring“.**

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

PRODUKTE aus den **NATÜRLICHEN** dem Wasser entzogenen **SALZEN**

VICHY

VICHY ÉTAT

DIE QUELLEN GEHÖREN DER FRANZÖSISCHEN REGIERUNG

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Pastillen nach dem Essen fördern die Verdauung.

SEL VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Verdauungs-Wassers

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Alkalisch-brausenden Wassers.

SEL und COMPRIMÉS müssen in gekochtem, abgekühltem Wasser aufgelöst werden.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin“ war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

(4) 0—28.



Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 5 St. Petersburg, den 2. (15. Februar). **1908.**

Dr. med. Emanuel Moritz †.

Und nun auch Du! — Zu Ende des eben verflossenen Jahres erschien der III. Band der baltischen „Heimatstimmen". Darin ist ein Artikel enthalten von Dr. E. Moritz: „Meine Beziehungen zu Ernst v. Bergmann." In diesem Artikel ist eine photographische Gruppe vom Jahre 1859 (das Original hing immer über Moritz' Schreibtische) wiedergegeben: Acht junge Studenten, Livonen, bilden diese Gruppe. Von diesen waren fünf schon seit Jahren todt, aber drei lebten — wenn auch räumlich getrennt — in inniger Freundschaft zu einander stehend, und gewiss die drei bedeutendsten der Gruppe: Ernst v. Bergmann, Julius Eckardt und Emanuel Moritz.

Vor einem Jahre starb Bergmann, vor einem Monate Eckardt — und nun auch du, Emanuel Moritz!

So sehr auch der ganze grosse Kreis aller derer, die zu Moritz in Verehrung und Freundschaft standen, durch die stetig zunehmende Hinfälligkeit seines Körpers an die Wahrscheinlichkeit seines nahen Endes gemahnt wurden, so erschütterte doch die Nachricht, dass er am 26. Jan. früh entschlafen sei, diesen Kreis aufs Schwerste. Seine vollkommen intakte Geistesfrische, seine Arbeitsenergie, die ihn noch 3 Tage vor seinem Tode Dienstpflichten erfüllen liess, und die Erfahrung, dass seine zähe Lebenskraft in einer Reihe schwerer Krankheitszustände doch bisher immer wieder das Schlimmste abgewandt hatte, hatten seine Freunde sicher gemacht und getäuscht. Aber nun waren die Würfel wirklich gefallen, diese leuchtende Fackel verlöscht und unter dieses lange, an Arbeit und Erfolgen reiche Leben der letzte Strich gezogen.

Es ist ein starkes Bedürfniss, das jeden Freund eines eben Dahingeschiedenen beherrscht, ehe sein Bild zu verblassen anfängt, noch einmal in möglichster Klarheit seinen Lebenslauf am geistigen Auge vorübergehen zu lassen. Diesem Bedürfniss wollen wir Folge leisten, und wenn es in dieser Zeitschrift in noch eingehenderer Weise

geschieht, als sonst beim Tode eines lieben Kollegen, so ist das wohlbegründet, denn zu den vielen Spuren von Moritz' Leben und Arbeit gehört gerade auch diese Wochenschrift, er war ihr Gründer. Und ferner war er, das sei gleich von vornherein gesagt, nicht nur ein lieber Kollege, sondern er war der Grösste unter uns.

Zunächst in kurzen Zügen sein äusserer Lebenslauf:

Emanuel Moritz wurde am 7. September 1836 in Livland im Pastorat Ringen geboren, wo sein Vater Prediger war. Da dieser später zum Prediger an die hiesige St. Annenkirche berufen wurde, hat M. nur die ersten Lebensjahre in Livland gelebt.

In St. Petersburg besuchte er die Annenschule, wo er sich als fleissiger und hochbegabter Schüler erwies. 1851 verliess er diese Schule, um zunächst ein Jahr an der Petersburger Universität Naturwissenschaften zu studieren, dann aber in Dorpat von 1854—1859 Medizin. Er schloss sich der Korporation Livonia an, in der er sich erst allmählich Geltung verschaffte, dann aber in vollstem Maasse, so dass ihm alle Ehren, die eine studentische Korporation zu verleihen hat, zu Teil wurden. Es lag nie in M'. Wesen im Sturme zu erobern, aber er eroberte immer und dann gründlich, dauernd. Trotz dieser Erfolge bei seinen Komilitonen und seiner Freude am geselligen Leben wurde das Hauptziel, die wissenschaftliche Ausbildung, nie von seinem Platze gerückt. Von den praktischen Fächern zog ihn die Chirurgie am meisten an, und gerne nahm er, noch bevor er im Novemb. 1860 zum Dr. med. promoviert war, die Stelle als Assistent Professor G. v. Oettingen's an der chirurgischen Klinik an.

1861 ging M. auf ein Jahr nach Deutschland; besonders Berlin und dort speziell Gräfe fesselten ihn. Als sein Stellvertreter an der chirurg. Klinik rückte Bergmann ein, der bis dahin keine Neigung zur Chirurgie gezeigt hatte, aber gerne seinem intimen Freunde M. den Gefallen tat, bis zu dessen Rückkehr aus Deutschland die Assistentenstelle zu verwalten. M. kam zurück, und nun trat ein Moment, ein Konflikt, ein, dessen Lösung so charakteristisch für M. ist, dass er durchaus nach seinen eigenen Worten (Heimatstimmen III) wiedergegeben werden muss. Es erwies sich, dass beide sehr gern dieselbe Stelle eingenommen hätten. Sie beschlossen, Prof. v. Oettingen die Entscheidung zu überlassen, dieser aber erklärte, dass sie ihm beide gleich lieb und wert seien und sie es untereinander abmachen möchten. „Wir gingen ins Assistentenzimmer zurück und nach kurzer Ueberlegung „entsagte ich meinem Anspruch; ich sagte ihm: wenn ich nach Petersburg gehe, finde ich ein mir bekanntes Mi„lieu und persönliche Beziehungen, Du dagegen bist in Gefahr im Inneren Russlands wie in einer Wildniss zu„grunde zu gehen (dahin wollte Bergmann, wenn er nicht in Dorpat bleiben würde). Ausserdem bist du ge„eignet zu akademischer Karriere, ich nicht, also bleibe Du! ich gehe! — Dieser denkwürdige Tag hat uns beiden „für das ganze Leben die Richtung gegeben. Keiner von uns hat es zu bedauern gehabt; ich habe alles erreicht, „was ich damals wünschte, und er sehr viel mehr, als er hoffen durfte. Es war kein schweres Opfer, dass ich „dem Freunde brachte, denn ununterbrochenes Weiterstudieren, das doch notwendig war für Erfolg in der akade„mischen Karriere, war für mich, der ich nach äusserer Tätigkeit strebte, keine angenehme Perspektive und ich „erkannte in ihm schon damals die höhere Begabung neidlos an."

So kam denn M. nach Petersburg und trat 1862 als Supernumerär im Obuchow-Hospital in den Staatsdienst. Es war die Zeit, wo die jungen Dorpatenser gern in die Petersburger Hospitäler eintraten, obgleich sie dort bei strammem Dienst bis zu 10 Jahre lang keine Gage erhielten.

1870 wurde er Ordinator der chir. Abteilung und 1877 Oberarzt des weiblichen Obuchowhospitals. Seine durch den Druck veröffentlichten Arbeiten und seine Vorträge in den ärztl. Vereinen haben bis zum Jahre 1877 ausschliesslich chirurg. Themata. Bemerkenswert ist besonders, dass er als Erster in Petersburg die antiseptische Wundbehandlung Lister's anwandte und, durch ihre Erfolge überzeugt, sie den Kollegen auf's Wärmste empfahl. Seine Tätigkeit in unseren beiden deutschen ärztlichen Vereinen war eine ungemein rege. Im „Verein St. Petersburger Aerzte", dem er seit 1862 angehörte, hat er 3 Jahre als wissenschaftlicher Sekretär, 14 Jahre lang als Vicepräsident und 9 Jahre als Präsident funktioniert. Schon allein die Leitung der Verhandlungen während so vieler Jahre, welch eine Summe ernster Arbeit, denn nie sprach M., um zu sprechen, unnütze Worte gab es bei ihm nicht, jedes Wort war notwendig, traf das Rechte und war gediegen. Aber nicht nur leitete er die Verhandlungen, er selbst war der Produktivste in den Vorträgen, deren gegen 60 das beigelegte Verzeichniss seiner wissenschaftlichen Arbeiten allein für diesen Verein aufweist. Ebenso wissenschaftlich produktiv war er im „deutschen ärztlichen Verein", dem er seit 1873 angehörte, wo er in der einen Wintersaison 1875—1876 sieben grössere Vorträge hielt. Unterdessen hatte sich seine Privatpraxis reich entwickelt, grössere Fabriketablissements wurden seiner ärztlichen Fürsorge anvertraut, und drei Lebensversicherungsgesellschaften erwählten ihn zu ihrem Chefarzte, wieder ein neues Gebiet, in dem er ganz besonders Hervorragendes leistete und bald so sehr Autorität wurde, dass er wiederholt als Vertreter aller hiesigen Lebensversicherungsgesellschaften auf internationale Kongresse deligiert wurde; die dazu notwendige Fertigkeit, französisch und englisch zu verhandeln, hatte er sich unterdessen auch erworben. Seine Erfahrungen als Versicherungsarzt hat er später in einer Schrift: „Ueber Lebensprognosen" niedergelegt, die jetzt für jeden Arzt, der in dieser Branche arbeitet, geradezu unentbehrlich geworden ist. Jeder Satz ist da Weisheit, das Sichergestellte relief hervorgehoben, Wichtiges von Unwichtigem deutlich unterschieden — nur ein Meister ersten Ranges, nur einer, der den Stoff vollständig beherrscht, konnte so ein Buch schreiben.

In das Jahr 1876 fällt eine neue, hervorragende Leistung von M.: die Gründung dieser St. Petersburger medizinischen Wochenschrift, deren Redakteur und Herausgeber er die ersten 4 Jahre war. Wer da weiss, welche Schwierigkeiten eine deutsche medizinische Zeitschrift in Russland zu überwinden hat, an denen ja eine Reihe solcher Schöpfungen immer wieder zu Grunde gingen, der wird auch hier M. grosses Verdienst und Geschick anerkennen, mit dem er für seine Schöpfung die richtige Form, die richtigen Beziehungen zu den ärztlichen Vereinen und zu weiteren ärztlichen Kreisen (in den baltischen Provinzen etc.) fand, so dass diese lebensfähig blieb und schon über 30 Jahre der Sammelpunkt aller literärischen Arbeiten der deutschen Aerzte Russlands ist und bleiben wird.

1885 verliess M. den Dienst am Obuchowhospital. Fast 23 Jahre sind seitdem vergangen, aber vergessen hat dieses Hospital ihn nicht. Unter den vielen Kränzen, die dankbar und verehrend an seinem Sarge niedergelegt wurden, fehlte der vom Obuchowhospital nicht. Als M. seinen Abschied nahm, war er fast 50 Jahre alt und nach all den geschilderten Arbeitsleistungen sollte man glauben, seine Lebensarbeit hätte ihren Kulminations-

punkt überschritten und es begönne jetzt der Abstieg. Aber nein! Die grösste Periode seiner Arbeit und seiner Erfolge sollte jetzt beginnen. 1884 wurde das Deutsche Alexanderhospital für Männer gegründet. Obgleich M. wiederholt darauf hingewiesen hat, dass die erste Idee dazu von weiland Dr. Maasmann stamme, dass die hiesige deutsche Kolonie das Hauptverdienst dabei habe, dass Grossfürstliches Wohlwollen gefördert habe etc., so wissen doch Alle, Fürsten und Kolonie und Aerzte und Publikum, dass Dr. Emanuel Moritz der eigentliche Schöpfer dieses Werkes ist, und dass seinem organisatorischen Talent, seinem Geist und seinem Herzen der Dank gebührt, dass dieses schöne Werk aus kleinsten Anfängen allmälich sich entwickelt hat zum stattlichen Baume mit stolzer Krone und weithinschattenden Zweigen, mit gesunder Lebenskraft zum Blühen für Jahrhunderte bestimmt.

Am 18. September 1889 war es M. vergönnt, im Kreise seiner zahlreichen Familie, in die später der Tod manche schwere Lücke gerissen hat, inmitten eines grossen Freundekreises das schöne Fest seiner Silberhochzeit zu begehen.

Zweiundzwanzig Jahre hat M. als Direktor das Alexanderhospital geleitet. Wer schätzt die Fülle von Arbeit, die er hier geleistet! Arbeitsfreudig war er immer gewesen, wo das Schicksal ihn hingestellt hatte, aber hier war es sein eigener Liebling, den es zu fördern galt, da übertraf M. sich selbst, da achtete er nicht darauf, dass sein Körper nicht mehr solcher Anstrengung gewachsen war, sein Wille war stärker, die weichenden Körperkräfte mussten ausharren, denn noch galt es dieses sein Lebenswerk festigen, ausbauen, an ihm noch weitere Zweige entwickeln, bis auch sein scharf prüfendes Auge und sein vielverlangender Geist sagen konnte: die Arbeit war nicht umsonst, es ist gelungen — ja, es ist gut!

Ja, viel Arbeit! aber was ist das für uns, seine Freunde, für eine Satisfaktion daran zu denken, welche Fülle von Freude er dabei erlebt hat! Er empfand diese in hohem Grade, als eine Reihe tüchtiger Männer mit warmem Interesse für die Sache seine Mitarbeiter im Kuratorium wurden, und alle seine Kollegen, die er dazu aufforderte, mit Freuden ihr Können dieser Anstalt zur Disposition stellten. Er empfand sie, als er sah, dass Glieder unseres Kaiserhauses gern die Protektion des Hospitals übernahmen, dass das deutsche Kaiserpaar es nicht versäumte, mit glänzendem Gefolge dasselbe zu besuchen, ja längere Zeit in ihm zu verweilen und einer gottesdienstlichen Feier hier beizuwohnen. Er empfand sie im hohen Grade, als er immer wieder erlebte, dass das Vertrauen zu seinem Werke sich in kleinen und grossen Geldspenden, ja in Einzelgaben bis zu 100,000 Rbl. offenbarte, so dass bei kluger Verwaltung und Verwendung das Alexanderhospital trotz der beständigen Erweiterungen desselben nie in Mangel geriet. Er musste diese Freude empfinden, wenn ihm im kleinen Kreise wie in glänzenden Banketsälen immer wieder gezeigt wurde, wie er und sein Hospital so recht getragen wurden von der allgemeinen Teilnahme, ja Bewunderung. Vielleicht war das am allerstärksten der Fall am 7. September 1906, wo in den Räumen des Alexanderhospitals eine Feier stattfand, die dem 25-jährigen Bestehen des Kuratoriums, am meisten aber Emanuel Moritz, galt, der an diesem Tage 70 Jahre alt wurde und nun doch die Leitung des Hospitals niederlegte, gezwungen von dem nicht mehr durch Willensenergie aufzuhaltenden Sinken der Körperkräfte. Also eigentlich ein für ihn schwerer Tag, aber die Wehmut wurde weit überstrahlt von der Freude, die er empfinden musste, als ihm von allen Seiten, in Reden und Adressen, in Ehrungen und Stiftungen zur Verewigung seines Namens, gezeigt wurde, wie der Wert seines Lebenswerkes richtig erkannt und hoch geachtet sei, wie dieses sein letztes und grösstes Werk, das Hospital, schon bis jetzt zum grössten Nutzen und Segen zur Förderung der medizinischen Wissenschaft, zur Ausbildung junger und Fortbildung aller daran arbeitenden Aerzte, und vor allem für Linderung und Heilung kranker Mitmenschen Grosses geleistet habe und sicher noch leisten werde ungezählte Jahre hindurch. Wie wenige Menschen können auf einen solchen Tag der Ernte zurückblicken! Wollen wir uns von Herzen freuen, dass unser teurer Moritz ihn erleben konnte.

Nun war allerdings der Lebensabend da, und die Schatten wurden dunkler. Bis zum Mai 1907 blieb M. im Ausland, in Clarens und an der Riviera, feierte auf der Hinreise ein schönes Wiedersehen, das letzte, mit seinem Freunde Bergmann, und kehrte dann nach Petersburg zurück, wo er seinen Dienst — wie konnte er ganz ohne Arbeit sein — an zwei Lebensversicherungsgesellschaften wieder aufnahm.

Am 23. Januar c. war er noch in diesen beschäftigt, am 24. erkrankte er mit Schüttelfrost, der eine croupöse Pneumonie einleitete. Den 25. schien der Nachlass des Fiebers Hoffnung auf Genesung zu gestatten, er war bei vollem Bewusstsein den ganzen Tag über, aber der immer schneller werdende Puls liess ihm und seinen Aerzten keinen Zweifel, wer dieses Mal Sieger bleiben werde; in der Nacht trat Somnolenz ein, und am 26. Jan. um 6 Uhr früh verschied er.

Die Sektion zeigte in der linken Lungenspitze eine alte Caverne, fast wallnussgross, gefüllt mit trocknem, kreidigem Brei, diffuse Verwachsungen beider Lungen mit der Thoraxwand, als Folge vielfacher Pleuritiden, und den rechten Unterlappen im Zustande roter Hepatisation. Auffallend gut für das Alter von 70 Jahren war der Zustand des Herzens und der Arterien, auffallend für den, der nicht wusste, was für ein streng geregeltes Leben alle die 70 Jahre geführt worden war.

M. war eine Herrschernatur; er war zum Herrschen berufen und berechtigt namentlich durch zwei seiner Eigenschaften: er war sehr klug und war stark an Selbstbeherrschung. Wenn Klugheit die Eigenschaft ist, die den Menschen befähigt, Verhältnisse und Menschen richtig zu beurteilen, ob sie zu seinen Zwecken passen, wie man sie anfassen müsse, damit sie diesen Zwecken gut dienen, und wo und wann dieses am besten zu geschehen hat, so besass M. diese Klugheit in hohem Grade. Er brauchte mit einem Menschen nur kurze Zeit zusammen zu sein, so wusste er sicher, was an ihm dran sei, ob er ihn zu seinen Zwecken verwerten könne oder nicht. Wahrscheinlich hat er sich in seinem langen Leben darin kein einziges Mal geirrt. Da nun M'. Zwecke nie selbstsüchtige, sondern immer grosse, schöne, dem Allgemeinwohle dienende waren, so konnte sein Wille und sein Talent zum Herrschen nur mit Freuden begrüsst und gepriesen werden. Aber ausser der Klugheit gehört die Selbstbeherrschung zum rechten Herrscher. Auch darin war M. ungemein reich. Es konnte nicht anders sein, als dass auch er mal Verletzendes und Kränkendes erfuhr. Nie wurde er dann ausfahrend, nie begegnete er dem Angriff mit Zorn. Der Glückliche, er hatte es nicht nötig. Seine Ueberlegenheit war so allgemein anerkannt, dass er nie zu fürchten brauchte, er vergäbe sich was, wenn er sich nicht entrüstete. Selbstbeherrschung

bewies er auch immer im Leid, bei eignen Krankheiten, bei Schicksalsschlägen, die auch ihn trafen; wir denken an den Verlust teurer Kinder und noch ganz kürzlich an den seines Bruders, auf den nicht nur die Familie mit Stolz blickte, sondern auch die baltischen Lande und die Stadt Riga, die ihn als ihren Vertreter in die Reichsduma gewählt hatte.

Seine Klugheit, sein richtiges Augenmaass für Menschen und Verhältnisse, gepaart mit festem Willen, Energie und unermüdlichem Fleiss liessen M. überall, wo er mit Hand anlegte, grossen Einfluss gewinnen und überall bleibende Spuren hinterlassen, die ja schon geschildert sind. Es lag durchaus eine schöpferische Kraft in ihm. Ausser den grossen Schöpfungen (Wochenschrift, Alexanderhospital) könnte man noch eine Fülle von kleineren erwähnen, so die ärztlichen Abende im Alexanderhospitale mit ihrem ganz besonderen Charakter, die die bestehenden grossen Vereine glücklich ergänzten und jetzt in noch erweiterter Form fortbestehn. Neue Behandlungsmethoden (bei Gelenkrheumatismus, die Belladonna bei Darmsperre etc.) hat er vielfach erfunden und sie haben sich bewährt. Wie produktiv er in wissenschaftlichen Mitteilungen war, zeigt das beigefügte Verzeichniss seiner Schriften. Aber dieses Verzeichniss sagt nicht, wie sie geschrieben sind. M. sprach gut, nicht zündend, aber immer klar, sicher und reich an Gehalt. Aber der Styl seiner gedruckten Arbeiten ist noch anders: dieselbe Knappheit und Präzision, aber wunderbar durchwürzt von viel Geist. Die Lektüre seiner „Lebensprognosen" ist ein ästhetischer Genuss.

M. hatte Freude an seinen Werken, aber neidlos und bereitwillig erkannte er die durch Andere geförderten Fortschritte der Wissenschaft an, wenn diese seiner strengen Kritik stand gehalten hatten. Ueberhaupt war er streng, vielverlangend gegen Andere, aber am meisten gegen sich selbst. Dem grösseren Ziele mussten kleinere Dinge weichen. „Das Hospital darf nicht leiden" hörte man oft aus seinem Munde, wenn die Angestellten mal auf ein Vergnügen verzichten mussten im Interesse der Kranken.

Ja, vorherrschend Verstandesmensch — aber wie wenig würde man ihn recht erkannt haben, wenn man sein Gemüt als gering schätzte! Er war zurückhaltend, aber nicht nur gerecht, sondern auch milde in seinem Urteil über Andere, auch über ihm Fernstehende. Gern hob er doch etwaige gute Eigenschaften an einem in seiner Gegenwart Getadelten hervor, gab dann wohl die gerügten Fehler zu, fügte aber oft, wieder mit grosser Menschenkenntnis, die wahrscheinlichen Veranlassungen zu diesen Fehlern hinzu, die vieles entschuldigen konnten. Er prüfte lange und er prüfte tief, ehe er Jemanden als Freund in sein Herz schloss. Aber hatte er es getan, dann hielt er diesem die Freundestreue bis übers Grab hinaus, gewährte ihm Blicke in sein Inneres, das Andern verschlossen blieb.

M. war eine gesellige Natur. Nach arbeitsreichem Tage einige Abendstunden im kleinen Kreise von Freunden oder auch mal im grossen Festsaale zu verbringen, war ihm eine besondere Freude. Wie trat dann sein Humor zu Tage! Es war in allem, in seinem äusseren Gebahren wie in seiner Gesinnung, eine gewisse Vornehmheit im besten Sinne des Wortes, und so auch in seinem Humor. Er verletzte Niemanden damit, aber Alle erheiterte er. Wenn er sich an grosser Festtafel erhob und man einen Zettel in seiner Hand sah, dann wurde es still im grossen Kreise, denn man wusste, dass es Verse waren und dass diese der grösste Genuss, den das Fest bieten konnte, sein würden. Und nie täuschte man sich darin. Alles jubelte in ausgelassener Freude über seine geistvollen Wortspiele und Gedanken — nur er selbst blieb ganz ruhig, höchstens verriet ein leichtes Zucken seiner Lippen, dass auch er einen Genuss empfand.

Kein Wunder, dass dieser Mann bei aller seiner Strenge und Zurückhaltung doch — so viel wir wissen — keinen Feind hatte. Aber Freunde, dankbare, ihm sehr ergebene Freunde hatte er sehr viele. Sehr viele solcher, die die Möglichkeit hatten, es ihm zu sagen, und sehr, sehr viele, von denen er es nicht wusste. Alle diese werden ihm ein gutes Angedenken bewahren, aber besonders wollen wir wünschen, dass die Worte in Erfüllung gehen, die sein Nachfolger in der Leitung des Alexanderhospitals an seinem Grabe im Hinblick auf dieses Lebenswerk des Verstorbenen sagte: „Sein Bild vor Augen, sein Beispiel im Herzen, sein Geist im Hause" — so sollen alle an diesem Hospitale Dienenden das Werk weiter fördern, das ihm das liebste auf Erden war.

Das wird der schönste Denkstein für Emanuel Moritz sein. E. M.

Wir lassen hier das von Dr. Emanuel Moritz hinterlassene Verzeichniss seiner wissenschaftlichen Arbeiten folgen:

I. Originalarbeiten:

1. 1860. Untersuchungen über die Entwickelung der quergestreiften Muskelfaser. Inaugur. Dissert. Dorpat.

2. 1863. Zwei Fälle von Luxation zwischen dem 6. und 7. Halswirbel. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. IV.

3. 1864. Bericht über die auf der weibl. Abteilung des Obuchow-Spitals i. J. 1863 behandelten chirurgischen Krankheiten. St. Pet. m. Z. Bd. VII.

4. 1865. Ein Fall von multiplen Fracturen an allen 4 Extremitäten. St. Pet. med. Zeitschr. Bd. IX.

5. 1866. Die Knochenbrüche im Obuchow-Spital in den Jahren 1852—64. St. Pet. med. Z. Bd. XI.

6. 1867. Die Brüche der Wirbelsäule im Bereich der unteren Halswirbel. St. Pet. med. Z. Bd. XII.

7. 1872. Ein plötzlicher Todesfall bei einer Operation (ohne Narkose). St. Pet. med. Zeitschr. N. F. Bd. IV.

8. 1875. Ueber Plantar-Geschwüre. St. Pet. med. Z. N. F. Bd. V.

9. 1875. Die Knochenbrüche der männl. Abteilung des Obuchow-Spitals aus den Jahren 1865—1872. St. Pet. med. Z. N. F. Bd. V.

10. 1876. Einiges über Katarrhe der Respirationswege. St. Petersb. med. Wochenschrift. 1. Jahrg.

11. 1877. Zwanzig antiseptisch behandelte komplizierte Frakturen. St. Petersb. med. Wochenschr. 2. Bd.

— Двадцать случаевъ антисептическаго лѣченія сложныхъ переломовъ. Мед. Вѣстникъ 1878 № 3.

12. 1879. Carboldunst bei Katarrhen. St. Pet. med. W. 4. Bd.

13. 1879. Drei Fälle von Darmruptur. St. Pet. med. W. 4. Bd.

14. 1880. Ein Fall von Pneumothorax mit glücklichem Ausgang. St. Pet. med. W. 5. Bd.

15. 1881. Kurze Uebersicht über den Flecktyphus im weibl. Obuchow-Spital während der Epidemie 1879—80. St. Pet. med. W. 6. Bd.

16. 1882. Ein Fall von Pyopneumothorax subphrenicus. St. Pet. m. W. 7. Bd.

17. 1883. Drei Fälle von occulter Septiopyämie. St. Pet. m. W. 8. Bd.

18. 1884. Eine abszedierende hämorrhagische Zyste der Bauchhöhle von zweifelhafter Herkunft. St. Pet. m. W. 9. Bd

19. 1884. Ueber Asthma bronchiale. St. Pet. med. W.
20. 1886. Behandlung der kroupösen Pneumonie mit Einreibungen grauer Salbe. St. Pet. m. W. 11. Bd.
21. 1890. Purpura fulminans (variolosa?). St. Pet. med. W. 15. Bd.
22. 1890. Gastrisches Infektionsfieber mit Exanthem und rheumatoiden Schmerzen. St. Pet. m. W. 15. Bd.
— 1890. Ueber gastrische Fieberursachen. Wiener m. Wochschr. Nr. 41.
23. 1891. Die Koch'sche Tuberkulinbehandlung im Deutschen Alex.-Hosp. St. Pet. med. W. 16. Bd.
24. 1893. Ueber ein accidentelles Herzgeräusch. St. Pet. med. W. 18. Bd.
25. 1894. Ein Fall von schwerer Nephritis. St. Pet. med. W. 19. Bd.
26. 1894. Ueber die Behandlung des akuten Rheumatismus. St. P. m. W. 19. Bd.
27. 1896. Zur Diagnose von Cysticerken im Gehirn. St. P. m. W. 21. B.
28. 1897. Ein Fall einseitiger Bradycardie. St. Pet. med. W. 22. B.
29. 1898. Zur Serumtherapie bei Endocarditis maligna. St. P. m. W. 23. B.
30. 1899. Ein Fall von Endocarditis ulcerosa. St. Pet. med. W. 24. B.
31. 1899. De l'examen du coeur en matière d'assurance sur la vie. I Congrès international des Médecins de Compagnies d'assurances Bruxelles.
— 1900. Die Untersuchung des Herzens für Lebensversicherung. St. P. m. W. 25. B.
32. 1901. Belladonna-Behandlung bei Darmsperre. St. P. m. W. 26. B.
33. 1901. Ueber Lebensprognosen. Broschure 51. S. St. Pet. Ricker.
— 1901. О предсказаніи жизни. СПВ. Риккеръ.
34. 1901. De l'artériosclerose 2. Congr. internat. des Médecins de C-ies d'assurances. Amsterdam. (Id. Deutsch).
35. 1903. Les affections chroniques des veines. 3. Congr. intern. des Médecins de C-ies d'assurances. Paris.
— 1903. Der Zustand des Venensystems der Versicherungs-Kandidaten. Oesterr. Revue f. Assecuranz u. Volkswirtschaft. 28. Jahrg.
36. 1904. Zur Aetiologie der Arteriosklerose. St. Pet. med. W. 29. B.
37. 1878. Врачебная дѣятельность въ С.-Пбургскихъ больницахъ. Мед. Вѣстн. 1878. № 36 и 37.
— 1878. Die ärztliche Tätigkeit an den St. Petersburger Hospitälern. St. P. m. W.
38. 1888. Основы Врачебной Практики по страхованію жизни. Ольдендорфа. Переводъ. Морицъ и Угрюмовъ. СПб. Риккеръ. 2-ое Изд. 1889.
39a. 1884. Къ вопросу объ организаціи врачебной части въ общихъ больницахъ Петербурга. Врачъ. 1884. № 2.

II. Vorträge im Verein St. Petersburger Aerzte und im Deutschen ärztlichen Verein, welche nicht als Originalartikel publiziert sind.

A. Verein St. Petersb. Aerzte.

39b. 1865. Präparat eines Kehlkopfs mit Nekrose der Ring- und Ary-Knorpel.
40. 1866. Penetrierende Schuss-Verletzung der linken Brusthälfte.
41. 1867. Präparat einer Osteomyelitis humeri spontanea, acuta mit Krankengeschichte.
42. 1867. Ein Fall von Osteomyelitis femoris spont. acuta. Präparat u. Krankengeschichte.
43. 1868. 3 Präparate: 2 Perichondritis laryng. u. 1 Dilatatio öesophagi.
44. 1868. Ein Fall von Hernio-Laparotomie wegen Volvulus; Präparat.
45. 1868. Ein Fall von spontaner jauchiger Hüftgelenk-Entzündung.
46. 1869. Ueber äusserliche Anwendung von Jod.
47. 1869. Freie Eröffnung eines hochgradigen Pyothorax nach Kussmaul.
48. 1870. Ein Fall von operativer Eröffnung der Brusthöhle wegen Pyopneumothorax unter Resektion einer Rippe.
49. 1870. Bericht über 2-monatliche Tätigkeit im Kriegslazaret in Mannheim.
50. 1871. Demonstration einer Schwebe für kompliz. Unterschenkelbrüche.
51. 1872. Ein Fall von Bruch eines luxierten Humerus durch Muskelaktion.
52. 1874. Ein Fall von Sarkom d. Dura mater.
53. 1874. Eine Glasröhre als Kern eines Blasensteins; Demonstration.
54. 1875. Die neue Passavant'sche Nadel zur Staphyloraphie; ein betr. Fall.
55. 1876. Ueber Anwendung d. neueren antiseptischen Wundbehandlung in der Privatpraxis; Salicyl-Jute und -Watte.
56. 1878. Ueber die herrschende Flecktyphus- und Recurrens-Epidemie.
57. 1878. Entfernung eines Knochenstücks aus der Luftröhre.
58. 1880. Ueber Komplikation von Recurrens und Typhus exanthem.
59. 1880. Graphische Darstellung der Flecktyphus- und Recurrens-Epidemie von 1878—80 im weibl. Obuchowhospital.
60. 1881. Präparat frischer Endocarditis bei Gelenk-Rheumatismus.
61. 1881. Demonstration eines Kirschkerns, der 8 Jahre in der Nase gelegen.
62. 1883. Ein Fall von Ulceration d. Oesophagus durch ein Knochenstück mit Perforation d. Aorta.
63. 1883. Ein Fall von Oesophagus-Karzinom bei gleichzeitiger Schnürleber, wodurch erschwerte Diagnose.
64. 1883. Ein Fall von Gallensteinen, Lebereiterung u. Krebs d. Gallenblase.
65a. 1884. Ein Fall von Tuberkulose der Pia an d. Konvexität ohne seröses Exsudat.
65b. 1885. Ein Fall von Gelenkrheumatismus, der als septische Allgemein-Erkrankung tödlich endete.
66. 1885. Eine «Fumigatio antasthmatica».
67. 1885. Eitrige Pericarditis durch Magenkrebs.
68. 1885. Ueber respiratorisches pericardiales Reibungsgeräusch.
69. 1886. Vorrichtung zum Verschluss von Toracotomie-Kanälen.
70. 1886. Antipyrin-Exanthem.
71. 1886. Demonstration von Puls-Kurven.
72. 1886. Laparotomie wegen Darm-Occlusion.
73. 1887. Fall von ulceröser Endocarditis mit Exanthem.
74. 1887. Fall von wiederholt rezidivierendem Abdominaltyphus von 4-monatlicher Dauer.
75. 1887. Fall von primärem Krebs d. linken Lunge.
76. 1887. Fall von Pyelitis calculosa.
77. 1888. Fall von Pankreas-Krebs.
78. 1889. Fall von Malleus.
79. 1889. Ueber die gegenwärtig herrschende Influenza-Epidemie.
80. 1890. Ueber Behandlung seröser Pleura-Exsudate.
81. 1891. Fall von periodischer Albuminurie (Stellungs-Albuminurie).
82. 1891. Ueber diätetische Behandlung der habituellen Obstipation durch grobe Kost.
83. 1892. Weitere Mitteilungen über «verticale Albuminurie».
84. 1892. Ueber eine eigentümliche Infektionskrankheit. Ein Fall mit Obduktionsbefund u. bakteriologischer Untersuchung.
85. 1894. Ueber Perityphlitis nach Erfahrungen im D. A. Hosp.
86. 1894. Fall von zurückgehaltenen Gallensteinen.
87. 1894. Fall von abortiver Pneumonie mit Reinkultur von Diplokokken am 1. Tage.
88. 1894. Ueber Behandlung d. akuten Gelenkrheumatismus.
89. 1894. 2 Fälle von Fraktur d. proc. spinosi d. Wirbel durch Muskelaktion.
90. 1896. Ueber d. Behandlung nach Schott'scher Methode u. deren Beurteilung in England.
91. 1897. Demonstration eines Sphygmographen mit elektr. Markier-Apparat.
92. 1897. Ueber hämorrhagische Lungeninfarkte nach Operationen in der Bauchhöhle.
93. 1897. Fall von Osteomalacie beim Mann.
94. 1898. Demonstration eines Röntgenbildes und Mitteilung d. zugehörigen Krankengeschichte.
95. 1899. Fall von allgemeiner Carcinose.
96. 1899. Die Typhen im D. Alex.-Hosp.
97a. 1900. Fall von Ileus infolge von Aneurysma der Bauchaorta.

B. Deutscher ärztlicher Verein.

97b. 1875. Erfolge der neuen Lister'schen Verbandmethode mit Demonstration eines Patienten.
98. 1875. Akutes Exanthem bei Eiterungsprozessen.
99. 1876. «Das Sitzungsfieber» (humoristischer Vortrag zur 1000. Sitzung 9. Febr.).
100. 1876. Perforation des Oesophagus durch ein scharfes Knochenstück.
101. 1879. Fall von Trichinose durch Schinken-Wurst.
102. 1881. Resultate von Thoraxmessungen an 100 Frauen im weibl. Obuchow-Hosp.
103. 1881. Ueber Verwertung d. auskultat. Zeichen zur Differential-Diagnose zwischen Pleuritis u. Pneumonie.
104. 1883. Fall von Tuberkulose der Pia an der Convexität ohne meningitisches Exsudat.
105. 1885. Peritonitis durch feste Verwachsung u. Abknickung des Colon descendens.

106. 1886. Fall von Perforationsperitonitis durch Ulceration d. Appendix.
107. 1886. Demonstration eines Herzens mit Stenosirung beider Ostien des linken Herzens und Insuffizienz der Tricuspidalis.
108. 1886. Fall von Peritonitis nach Perforation d. Wurmfortsatzes; Laparotomie.
109. 1887. Demonstration eines Herzpräparats mit Krankengeschichte.
110. 1887. Fall von operativ behandelter, anscheinend geheilter Wirbelcaries und gleichfalls geheilter Meningialtuberkulose. Tod nach 1 ½ Jahren an erneuter tubercul. Meningitis.
111. 1888. Komplikation von Mumps mit Schwellung der Ovarien bei einer jungen Frau.
112. 1892. Fall von Blutbrechen durch Lebercirrhose mit Krankenvorstellung.
113. 1893. Exacerbation der Influenza-Epidemie.
114. 1894. Fall einer eigentümlichen schweren Erkrankung während einer Pasteurschen Kur gegen Rabies.
115. 1895. Ueber das Wesen d. Asthma.
116. 1900. Krankengeschichte des Kollegen P. L. mit Demonstration der Präparate der degenerierten Arterien.

Die Aetiologie der Lungentuberkulose.

Referat für den IV. Aerztetag der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft, November 1907.

Von

Dr. Erwin Thomson-Reval.

Die Lungenschwindsucht, bereits 400 Jahre v. Chr. bekannt und fast 2000 Jahre n. Chr. erkannt! Ein weiter Weg menschlicher Forschung und Irrung. Heute werden wir nur zu zeigen haben, was uns die letzten 25 Jahre an Erkenntnis gebracht und was uns die Wissenschaft noch schuldig geblieben ist.

1882 glückte es Robert Koch den uns jetzt so vertrauten Tuberkelbazillus dem Auge sichtbar zu machen und als Ursache der Erkrankung bei Lungentuberkulose, Darmabszessen, skrophulösen Halsdrüsen, fungösen Knochen und Gelenken, des Lupus, und der Perlsucht festzustellen. — Nicht lange nach ihm trat auch Baumgarten, der nach anderer Methode gearbeitet, mit gleichem Resultat an die Oeffentlichkeit. Die von beiden Forschern gefundenen Bazillen erwiesen sich als identisch. — 1901 auf dem Tuberkulosekongress in London trat nun wieder R. Koch mit seiner Ansicht über die Artverschiedenheit der H. Tb. B. u. B. Tb. B. hervor. Die anfangs vielumstrittene Frage wird nun von den meisten Autoren in Kochs Sinne entschieden, wenn auch seine ursprüngliche Behauptung, die Perlsucht sei auf den Menschen nicht übertragbar, nicht aufrecht erhalten werden kann.

Von den 19 Stämmen von H. Tb. B., mit denen Koch experimentierte, erwies sich kein einziger für Rinder virulent; von den 39 Stämmen, die von der Deutschen Kommission d. R. G. A. angewandt wurden, waren 2 Stämme für Rinder virulent. — Von 74 Stämmen in privater Forschung c. 20. Trotzdem ist die Artverschiedenheit von vielen Forschern therapeutisch (Spengler Davos) oder zur Immunisierung von Tieren angewandt (Behring). Der Mensch ist speziell im jugendlichen Alter dem B. Tb. B. vom Verdauungskanal aus zugänglich, (Behring, Calmette) im späteren Alter sehr viel weniger. Hansemann hat unter 10.000 Obduktionen 25 Fälle primärer Darm.-Tb. gefunden; darunter nur 15 über 40 J. alt.

Für den H. Tb. B. ist der Mensch, mit alleiniger Ausnahme des Meerschweinchens, das empfänglichste Geschöpf. — Fast ohne Bedeutung für ihn ist der A. Tb. B.; ganz ohne der Bazillus der Kaltblüter, Fische, Schildkröte. — Die übrigen säurefesten Bazillen, — Pseudotuberkelbazillen, — Rabinowitsch's Butterbazillen, Möllers Timotheebazillus, Grasbazillus II und Mistbazillus, Herrs Bazillus der Ackererde, können mitunter pathogen wirken, und Tuberkelbildung hervorrufen; grösser aber ist ihre Gefahr wegen der geringen morphologischen Unterscheidung vom echten Tb. B., eine Gefahr, die speziell bei den säurefesten Bazillen der Lepra und des Smegmabazillus zu Verwechselungen geführt hat.

Interessant sind hier Klebs Auslassungen, der annimmt, „dass die weite Verbreitung säurefester Bazillen im Tier- und Pflanzenreich dahin führen mag, die Tuberkulose für eine Krankheit zu halten, welche ursprünglich Pflanzenkrankheit, endlich durch die ganze Stufenleiter der Wirbeltiere sich zu der verderblichsten Seuche des Menschengeschlechtes entwickelt hat. (D. m. W. 1907. S. 578).

Als Ursache tuberkulöser Prozesse am Menschen kommt heut zu Tage ernstlich nur der Tuberkelbazillus in Frage, obwohl Koch bei der Entdeckung nicht sofort auf Anerkennung stiess; nahm doch sogar ein Virchow eine skeptische, ablehnende Haltung ein.

Noch eben gibt es Verneiner. So hält Middendorf in Groningen d. Tb.-b. für einen reinen Saprophyten, Hermann erklärt ihn für ein Produkt des Krankheitsprozesses. Die medizinische wissenschaftliche Welt sieht seit dem Entdecken in ihm die alleinige Ursache der Tuberkulose.

Wir sind genötigt Morphologie, Biologie, Chemie dieses Mikroorganismus in Kürze an uns Revue passiren zu lassen, um uns eine Erkrankung des Menschen verständlich zu machen.

Der Tb. B. ist die parasitische Form eines Fadenpilzes und gehört gemeinsam mit dem Pilze der Aktinomykose, der Lepra, der Pseudotuberkelbazillen zur Gruppe der Strahlenpilze. In lebendem Zustande ist er ein Stäbchen ohne Eigenbewegung, von ¼—⅓ der Länge eines roten Blutkörperchens, mit stark lichtbrechenden Körnchen. Diese Körnchen, wohl die Sporen, werden bei intensiver Färbung gleichfalls sichtbar. Nach Romanowsky trägt er am Ende einen eine stärkere Färbung aufnehmenden Kern und ist umhüllt von einer fett- und wachsartigen Membran. Er zeigt, vorsichtig im hängenden Tropfen untersucht Pleomorphie, gabelige Verzweigungen mit keulenförmigen Anschwellungen (Metschnikoff), knospenartige Ausbuchtungen, mitunter grössere Kolben, konzentrisch geschichtet, wie bei Actinomyces. Zur Sichtbarmachung obiger Gebilde gehört grosse Sorgfalt, da bei unserer gewohnten Färbemethode diese zarten Gebilde zerstört werden. Körnelung hat wohl ein jeder von uns zu Gesicht bekommen.

Dieser so gebildete Bazillus ist ausserhalb des Tierkörpers nicht entwickelungsfähig. Er bedarf zum Wachstum ausser einem geeigneten Nährboden eine Temper. von 37—38° C. (Koch). Auch im tierischen Organismus ist seine Lebensfähigkeit beschränkt, da im Sputum und im Kaverneninhalt sich wenig entwickelungsfähige Bazillen finden; ein Punkt auf den bei der Infektiosität zurückzukommen verlohnt.

In den Serumkulturen bleibt d. Tb. B. 6—8 Monate virulent, in Glyzerinagarkulturen 6 Wochen. — Wichtig für uns speziell ist sein Verhalten im trockenen Sputum; da schwanken die Angaben zwischen 3 Monaten und 6—8 Wochen. — Im Wasser hält er sich nach Muschold 162 Tage, nach Baumgarten nur wenige Tage virulent. Im Sputum, das in Wasser entleert ist, fand Toma d. B. nach 8—11 Tage abgestorben.

Anderen Bakterien gegenüber ist er widerstandslos und wird von ihnen leicht überwuchert und vernichtet; was Cantoni zu therapeutischen Versuchen in dem Sinne veranlasste und die Behauptung aufkommen liess Mischinfektion b. Tubkul. sei als natürliche Sebsthülfe aufzufassen.

Vernichtet wird der Tb. B. in strömendem Dampf in 15 M., beim Kochen in 5 M. Im Termophor b. 60° in 1 St., in heissem Oel b. 90° in 2 Min. Es ergiebt sich nach Mafucci dabei, dass d. Baz. d. H. Tb. weniger resistent ist, als seine Verwandten. Bei Kälte von 10° bleibt er unterem Schnee virulent 6 Wochen. Im Erdboden sicher 60 Tage, unsicher 95 Tage virulent.

Direktes Sonnenlicht tötet ihn in wenigen Minuten bis zu 1 Stunde. Diffuses Licht in 5—7 Tagen. Den Desinfizientien gegenüber zeigt er ein resistenteres Verhalten, als der menschliche Organismus, so dass eine sogenannte innere Desinfektion nicht in Frage kommt. Der chemischen Analyse nach besteht der Tb. B. aus 85,9% Wasser — Kohlehydraten, mineralischen Bestandteilen, Fettsäuren (Palmitin, Arachnidin und Laurinsäure) Wachs, hauptsächlich in der Umhüllungsmembran; nach Koch der Träger der Farbenreaktion und des Schutzes gegen Austrocknung. Proteinstoffe — nach Hoffmann 6 Eiweisskörper von denen einige die Reaktion des Tuberkulin geben. — Koch stellte aus den Bazillenleibern ausserdem ein Nuclein mit 4% P_2O_4 her und einen P_2O_4 freien Körper, den Ruppel Tuberkulosamin benannte. Das Tuberkulosamin, gebunden an die Nucleinsäure im Bazillus, von Ruppel Tuberkulinsäure genannt, erzeugt nach Behring die toxische Wirkung des Tuberkulins.

Prudden und Hodenpyl befreiten sterilisierte Tuberbazillenkulturen, durch Auswaschen, von den Stoffwechselprodukten und erzeugten mit den zurückbleibenden Substanzen i. e. Proteinen das Bild der Tuberkulose. Straus und Gamaleia injizierten Tieren abgetötete Tb. B. Kulturen und erhielten bei starken Injektionen eine Intoxikation mit progressiver Kachexie und Schwächung des Herzmuskels, nach schwächeren, Ueberstehen der Krankheit, aber hochgradige Empfindlichkeit gegen wiederholte, auch minimalste, Injektionen. Bei kleinen Dosen allmälige Gewöhnung und Reaktionslosigkeit. — Der tote Bazillus, injiziert in die Blutbahnen (Prudden, Hodenpyl, Straus, Gamaleia) ist imstande eine miliare Tuberkulose unter Knötchenbildung hervorzurufen. Die Intoxikationserscheinungen setzen nach einer Woche ein und führen unter extremer Abmagerung zum Tode.

Die Tb. B. der verschiedenen Tierspezies sind verschieden virulent, dieses ist aber auch bei den verschiedenen Tb. B. Stämmen der H. Tb. B. der Fall; Ein unendlich wichtiger Punkt, der erklärt, wodurch in einem Fall die Erkrankung schnell, im andern leicht einsetzt; warum bei dem einen die Therapie verfängt, beim anderen nicht. Holen wir hier noch nach, dass der Tb. B. im Tierorganismus wie ein Fremdkörper wirkt und dadurch Gewebswucherungen, während seine Stoffwechselprodukte und Proteine eine Entzündung der Umgebung hervorrufen, so werden uns diese Vorstellungen das pathologisch-anatomische Bild der Lungentuberkulose verständlich machen.

Wir wenden uns jetzt der Frage zu: wo findet sich der Tb. B. und wie gelangt er in den menschlichen Organismus, speziell in die Lunge. — Lange hat der Glaube an die Allgegenwart des Tb. B. die Gemüter beherrscht und ist auch im Augenblick noch nicht ganz geschwunden, (Biedert) trotzdem aus der gründlichen Erforschung seiner Lebensbedingungen, seiner oben angeführten Widerstandslosigkeit gegen Sonne, Licht, Bakterien, Temperaturen schon von selbst ersichtlich, dass von einer Ubiquität des Bazillus nicht die Rede sein kann, und dass dieser Glaube vereint mit dem Fehlschluss aus Nägelis Obduktionsresultaten, jeder, oder fast jeder, Mensch sei tuberkulös, nur dazu angetan war einem ungesunden Fatalismus der Tuberkulose gegenüber Vorschub zu leisten.

Wohl das Gros steht jetzt auf dem Robert Kochschen Standpunkt, dem Cornet knapp Ausdruck verleiht: „Der Tb. B. findet sich in der Regel nur dort, wo ein unreinlicher Phtisiker sich aufhält, also hauptsächlich in bewohnten Räumen". — Träger der Infektion ist das Sputum und kann ein Phtisiker mit demselben pro Tag 7200 Mill. Bazillen expektorieren. Das wäre eine ungeheure Gefahr wenn nicht der grösste Teil dieser Bazillen zu Grunde ginge, bevor das Sputum sich in Staub hat verwandeln können, und wenn nicht, nach Kitasato, nur ein geringer Teil der expektorierten Bazillen sich noch als virulent erwiese. Es ist Nägeli, Buchner, Tappeiner nicht gelungen Tb. B. in der Atmungsluft von Phthisikern nachzuweisen.

B. Fränkel gewann aus 219 Masken die er Phthisikern vorgegeben hatte in 32 Tage nur 2600. Tb. B.; wie gering im Vergleich zum Sputum.

Der Mundspeichel ist meist frei! Die von Phthisikern ausgehusteten bazillenhaltigen Tröpfchen senken sich zur Erde und verfallen die Bazillen der Vernichtung, bevor sie verstäubt werden können. Gottschlich fand in 119 Staubproben aus Räumen mit grossem Menschenverkehr, Bahnhöfen etc. keine Tb. B. — Cornet keine in Anstalten, Werkstätten und Hotels; ferner keine im Strassenstaub, wie denn auch die Strassenkehrer wenig an Tbk. leiden. — Sowohl Cornet, wie Flügge und seine Schüler fanden in der Umgebung von unreinlichen Phthisikern Bazillen. Cornet, Petri, Prausnitz jedesmal, wo ein Tuberkulöser auf die Diele oder ins Taschentuch speit. — Damit wäre die Hauptquelle für eine Infektion gegeben. Zu erwähnen wären noch die Entleerungen von tuberkulösen Menschen und Tieren; Exkremente von Insekten die tuberkulöses Material gefressen haben (Moeller, Hoffmann). Die Milch von perlsüchtigen Kühen, soweit sie an Entertuberkulose leiden, oder die Milch mit tuberkul. Darminhalt verunreinigt ist.

Von einigen Autoren, neuerdings von Behring und Calmette ist die Milch als Hauptquelle menschlicher Tuberkulose hingestellt worden. Pfeiffer weist dagegen auf Länder, wie Japan, in denen keine Milch genossen wird und wo trotzdem die Tuberkulose keine geringeren Opfer fordert, wie bei uns. Die Milch für völlig unschädlich zu erklären, wie Koch es nach seiner Mitteilung von der Artverschiedenheit des Perlsucht- und H. Tb. B. wollte, ist nicht zulässig, da nicht allein die Uebertragbarkeit d. B. Tb. B. auf den Menschen doch mitunter statt hat, sondern die Milch auch durch Tbk.-krankes Personal infiziert sein kann. — Ein hübsches Beispiel von Uebertragbarkeit der Tbk. von Tier zu Tier sei mir gestattet, nach Cornet hier anzuführen.

„Im Hamburger Schlachthofe wurden von 80 Schweinen 76 tuberkulös gefunden. Die Tiere waren mit Centrifugenschlamm einer Sammelmeierei gefüttert worden. Die Milch der 45 Lieferanten dieser Meierei wurde Meerschweinchen verimpft. 2 Proben von 45 enthielten Tb. B. — In beiden Viehbeständen wurde von jeder Kuh Milch verimpft. In jeder der beiden Heerden fand sich je eine tuberkulöse Kuh! Das genügte, die ganze Milch zu infizieren". — Zu gleicher Zeit ein hübsches Beispiel für Untersuchungen, die bei uns ein holder Traum sind.

Erwähnung verdient noch die Anwesenheit von Tb. B. in der Butter, (Rabinowitsch) wo sie nach Heim

in 80 Tagen die Virulenz verliert, im Käse (Hein) und speziell noch im Fleisch tbel. Tiere. — Da letzteres meist in gekochtem, gebratenem, gesalzenem Zustande zu Consum kommt, ist die Gefahr gering.

Trotzdem nach Gesagtem die Gefahr einer Tuberkulose-Infektion stark reduziert erscheint, bleibt einem jeden Menschen immerhin genug Gelegenheit an Tbk. zu erkranken. Ist die Menschheit doch im Laufe der Jahrhunderte so durchseucht, dass ein jeder 7. Mensch mit Tuberkulose behaftet erscheint und ist ein einziger, zumal unreinlicher, Tuberkulöser im Stande, seine ganze Umgebung zu infizieren. Das kann dann eine lawinenartige Ausbreitung gewinnen, so dass man in grossen Städten auf lokalisierte Herde, in manchen Gegenden auf völlige Endemien gestossen ist.

Der Mensch kann an jeder Stelle seiner Haut oder Schleimhaut dem Tb. B. eine Eingangspforte bieten. Der Tb. B. passiert die intakte Schleimhaut, nach Dobroklonski, E. Fränkel, Ribbert, Cornet, ja nach letzterem Autor auch die intakte Haut, ohne Spuren zu hinterlassen. Es ist diese Durchlässigkeit grösser bei Kindern, als bei Erwachsenen, grösser bei Frauen als bei Männern (Blaschko). Nie aber bleiben die der Eingangspforte zunächst gelegenen Lymphdrüsen verschont. Diese Eingangspforte kann von einem aufmerksamen Anatomen stets nachgewiesen werden und spielt bei der Primärtuberkulose eines Organs eine grosse Rolle, es ist dies das Cornet'sche Lokalisationsgesetz, das uns in den Stand versetzt, die Infektionsstelle einer weit fortgeschrittenen Tuberkulose nachzuweisen. — Die Weiterinfektion des Organismus findet auf dem Wege der Lymphbahnen statt; ein Ueberspringen von Lymphdrüsen kommt nach Bender und Welliminski nicht vor, ausgenommen bei Durchbruch in die Blutbahn i. e. der allgemeinen Miliartuberkulose.

Die Lungen können also von jeder Stelle des Körpers aus infiziert werden; häufig aber auch zuletzt, je nach der Lage der primär infizierten Drüsen. — Dass das Lymphgefässsystem der Lungen aber quasi im Zentrum des gesamten Lymphsystems des Körpers liegt, wie es Welliminski behauptet hat, und daher die Lunge am meisten der Infektion exponiert sei, ist durch nichts erwiesen. Exponiert ist aber die Lunge ebenso, wie alle mit der Aussenwelt communicierenden Organe, durch die leichtere Invasion der Bazillen. Hier nun müssen die abwehrenden Kräfte des Organismus in Kraft treten, um den Kampf gegen die Erkrankung aufzunehmen. — Lebende und noch mehr tote Bazillen rufen am Ort der Niederlassung eine erhöhte Sekretion, erhöhte Bewegung der Flimmerzellen hervor. Die baktericide Kraft der Sekrete tritt in Funktion — kurz der Kampf des Organismus mit seinem Gegner setzt ein, — und die Stärke oder Schwäche des Ersteren, so wie die grössere oder geringere Virulenz des letzteren, giebt den Ausschlag. Martius, in seiner genialen Pathogenese Innerer Krankheiten, sagt: „Ein Mikroorganismus wird erst dann pathogen, wenn er in einem anderen Organismus einen krankhaften Vorgang auslöst. Ob das geschieht, hängt aber begreiflicherweise ebenso von der Natur des anderen Organismus ab, wie von ihm selbst". Es spielt also der Grad der Virulenz der Bazillen bei der mehr oder weniger grossen Heftigkeit, mit der die Erkrankung einsetzt und verläuft eine grosse Rolle, es spielt andererseits eine Rolle die Disposition des Organismus dem Mikroorganismus gegenüber. Welche Menschen nun sind zur Infektion mit Tb. B. disponiert?

Die hereditäre Disposition spielt auch heute noch bei vielen Autoren eine grosse Rolle, so bei Unterberger, Hueppe, Volland, Martius, Ballota, Taylor, Klebs u. a. Brehmer meist auf Nachkommenschhaft kranker Eltern; auf Geschwister, die in raschen Geburten einander gefolgt sind; auf nahen Verwandtschaftsgrad der Eltern; auf mangelhafte Ernährung. — Birch-Hirschfeldt auf Abnormitäten der Lungen, speziell der Spitzen. Freund (1858 und neuerdings) auf Verknöcherung des ersten Rippenknorpels in seinem Ansatz ans Sternum.

Schmidt sieht den Grund der Erkrankung in der Impression der ersten, abnorm verlaufenden Rippe, im Lungengewebe. Rotschild hat einen zu kleinen Sternalwinkel (Angulus Ludovici) bei Phthisikern gefunden; er hält das auch für den Grund der von Hutchinson festgestellten Abnahme der Atmungskapazität. A. Gottstein sieht im geringen Brustumfang, im Vergleich zur Körperlänge, die Gefahr. Stiller gar in der Costa X. fluctuans. Brehmer und Rokitansky weisen auf ein kleines Herz, bei grosser Lunge; auf angeborne Enge der Aorta. Schlüter auf verminderte Triebkraft des Herzens. Alle aber vergessen das Eine, dass Menschen trotz des einen oder anderen Merkmals oder gar mehrerer Merkmale auf einmal, nicht die Spur einer tuberkulösen Erkrankung zeigen — es sei denn, sie hätten in der Umgebung eines Phtisikers gelebt. — Und wenn es auch fraglos erscheint, dass einzelne Krankheiten, wie Diabetes, Syphilis, Masern, Scharlach, Keuchhusten, Influenza zu Erkrankung an Tuberkulose disponieren, so ist doch immerhin die Ansicht der Vertreter des Neoparasitismus, Liebreich, Gottstein, Aufrecht, Biedert, Dettweiler, Meissner der Tb. B. entwickele sich nur auf pathologisch verändertem Gewebe — sehr fraglich. Cornet sagt kurz: der gesunde Organismus, ausgesetzt einer Infektion genügend virulenter Tb. B., in genügender Anzahl, (schon bei Anwesenheit von 48 Keimen) erkrankt.

Ob da eine natürliche humorale Disposition vorliegt, ist heute noch unentschieden, wohl werden in Zukunft jene Substanzen in Frage kommen, die nach Wright im normalen Serum Bakterien für Aufnahme durch Leukozyten geeignet machen und die er Opsonine genannt hat. — Da der Opsoningehalt im Blute bestimmt werden kann, wird sich zeigen, ob sein Fehlen oder seine Anwesenheit bei der Tuberkulose eine Rolle spielen wird. Bei der künstlichen Immunisierung wird er es schon, da auf diesem Wege das zur Immunisierung nötige Quantum eines Antikörpers bestimmt werden kann. Mit Hülfe des Opsonin wird man vielleicht auch verstehen lernen, warum eine überstandene Infektion mit Tb. B. keine Immunität, sondern eine höhere Empfindlichkeit des Organismus gegen Reinfektion zurücklässt. Jener Punkt, der der künstlichen Immunisierung durch Tuberkelbazillenmaterial hindernd im Wege steht. — Anführen möchte ich noch die Annahme der französischen Schule, es handele sich bei der Tuberkulose um Demineralisation des Organismus. Aus dieser Annahme hat sich dann eine eigene, auf Mineralisierung hinarbeitende Therapie aufgebaut.

v. Baumgarten geht bei der Entstehungsursache der Tuberkulose so weit, mit Ausnahme weniger Fälle haematogener Infektion, nur absolute Heredität, d. h. Uebergang der Bazillen von den Eltern aufs Kind anzunehmen. Er gründet das auf Experimente die er am Hühnerei gemacht, indem er virulente Baz. der Hühner-Tuberkulose durch die Schale ins Ei gebracht und de facto nachher an den Küchein Tuberkulose hat konstatieren können. Diese Experimente entsprächen einer Tuberkulose der Plazenta, in welchem Falle auch beim Menschen ein Uebergehen der Tuberkulose von Mutter auf Kind 20 Mal im Ganzen konstatiert ist. Schmidt und Birch-Hirschfeldt berichten von einer tuberkulosen Lebererkrankung bei einem 7-monatlichen



Foetus, wo die Mutter an Tuberkulose aller Organe litt und auch im Blut Tb.-B. sich fanden. Es ist da wohl ein direktes Uebergehen durch etwa vorhandene Defekte zwischen der mütterlichen und foetalen Blutbahn anzunehmen. Ein Uebergang der Tbc. durch Sperma und Ei hat nie konstatiert werden können, obwohl in den Samenbläschen, im Sperma, in den Hoden wiederholt Tb.-B. nachgewiesen wurden. Anzunehmen ist, dass ein mit Tb.-B. infiziertes Ei zu Grunde geht und nicht zur Entwicklung kommt. — Nach Arbeiten von Gusserow Späht, Schauenstein gehen einige Medikamente Jodkali, Methylenblau, Natr. salizyl, aus dem mütterlichen Blut in das foetale über. Ebenso wird es mit den Proteinen sein, (Cornet), was dann den häufigen Abort und den Marasmus Neugeborner bei tuberkulösen Eltern erklären würde. — Eine Immunität scheint auf dem Wege nicht zu Stande zu kommen. Baumgarten wollte experimentell die hereditäre tuberkulose Uebertragung dokumentieren und stellte Versuche mit künstlich infizierten Kaninchenpaaren an. Die Foeten zeigten keine Tuberkelerkrankung. Virchow hat in seiner Praxis keinen Fall von hereditärer Tb.-B. gesehen. Wohl aber sind von Heller, Weichselbaum, Birch-Hirschfeldt hochgradige Tuberkulose der Mutter, auch der Genitalien konstatiert, ohne dass beim Kinde eine tuberkulöse Erkrankung sich zeigte.

Nach Schwer kommt bei Kindern unter einem Monat Tuberkulose garnicht vor; was Klebs aus dem Prager Findelhaus in sofern ergänzt, als dort unter 3 Wochen keine Tuberkulose zu konstatieren war. Es handelt sich da bereits um extrauterine Infektion. (Cornet).

Baumgarten hat die grössere Widerstandskraft des kindlichen Organismus gegen Ausbruch der Krankheit herangezogen. Dem widerstreiten die Beobachtungen von Weigert, Cornet, Froebenius. Das an Tuberkulose erkrankte Kind geht durch überaus rasches Fortschreiten der Krankheit viel schneller zu Grunde als der Erwachsene. Daher ist auch die von Behring, Volland, Biedert, Klebs angenommene Latenz der Tuberkulose im kindlichen Organismus von Anfang an skeptisch aufzunehmen. Bei Kindern, die im Säuglingsalter an Tbk. sterben und wo man die Infektion auf die foetale Zeit zurückdatieren will, mussten sich — da haematogen entstanden — Tuberkel in der Leber zeigen. Nach Statistiken von Müller, Leroux, Biedert kommt aber auch in diesem Alter in erster Linie die Lunge in Betracht, in 2. die Lymphdrüsen, in 3. der Darm und Periton. in 4. erst die Leber. Biedert hat bei 1346 Kinderobduktionen, nach Tod an Tuberkulose die Leber überhaupt keinmal infiziert gefunden. Es spricht doch die Häufigkeit von Lungen und Darmtuberkul. für Infektion durch Inhalation und Nahrung. — Fällt die Infektionsgelegenheit fort, so erkranken Kinder nicht an Tbk. So hat Epstein im Prager Findelhaus während 4 Jahren keinen Fall von Tbk. bei Säuglingen gefunden, so meint Cornet auch behaupten zu können, dass Entfernung der Kinder von tuberk. Eltern, erstere vor Erkrankung bewahrt, was der beste Beweis für reine Infektion, gegen heriditäre Disposition sei. — Turban allerdings glaubt bei einer grossen Reihe von Familienbeobachtungen, sicher die Vererbung eines locus minoris resistentiae gefunden zu haben, und hat damit auch wohl recht, wenn er auch im Anschluss daran selbst zugeben muss, dass die Heilerfolge bei den sogen. Belasteten procentualiter sogar günstiger ausfallen, als bei den Nichtbelasteten. — Penzoldt und Ziegler halten eine familiäre Disposition für unabweislich, und Biedert macht auf einen ererbten Alterstermin für Lungentuberkulose aufmerksam, indem mehrere oder alle Familienglieder stets im selben Alter an Tbk. erkranken und zu Grunde gehen. Brehmer meint, dass es sich bei der Praedisposition für die Krankheit um eine Art von allgemeinem Degenerationsvorgang handelt, was aus der häufigen Gemeinschaft mit Epilepsie, Geisteskrankheit, Taubstummheit, bei demselben Individuum oder bei der gleichen Familie ersichtlich. R. Koch hält für möglich „die Uebertragung gewisser Eigenschaften, welche die Entwicklung der später mit dem Körper in Berührung gelangenden Infektionskeime begünstigen" — Aber alle angeführten Anomalien, und hereditären Dispositionen sind nicht in der Lage uns die Entstehung der Tuberkulose verständlich zu machen, ohne den Begriff der Infektion und der Exposition. Mit diesen wird auch verständlich, warum die Erkrankungszahl an Tuberkulose in bestimmten Altersstufen steigt und sinkt. Es wird verständlich, warum Kinder weniger als Erwachsene, Frauen in bestimmtem Alter weniger als Männer, Arbeiter im Freien weniger, als solche in geschlossenen Räumen erkranken. Es wird verständlich, warum von den 120,000 jährlichen tuberkulösen Erkrankungen im Deutschen Reich, 110,000 auf Lungentuberkulose fallen; eben weil die Lunge, wie wir gleich sehen werden von allen Organen am meisten exponiert, nicht disponiert ist.

Die grosse Rolle, welche bei Erkrankung der Lunge an Tuberkulose die bronchialen Lymphdrüsen spielen, hat zu den verschiedensten Theorien der Lungenerkrankung geführt. Ist nun die Infektion auf einen haematogenen, lymphogenen oder aerogenen Weg zurückzuführen?

Wir wissen, dass gerade in jüngster Zeit unter v. Behrings Leitung mit der grossen Latenz der Tuberkulose gerechnet wird; dass nach Orth, Behring, Calmette, Klebs, die Kuhmilch dabei eine Hauptrolle spielen soll, dass dann von den infizierten Drüsen aus die Bazillen durch die Lymphbahnen sich im Körper verbreiten und die Lungen infizieren oder nach Calmette die Bazillen nach Durchtritt durch die Darmschleimhaut von Leukozyten überallhin in die Capillaren verschleppt werden. Klebs geht soweit, die Tuberkulose kurz für eine Erkrankung der Lymphdrüsen zu erklären, und eine Latenz bis ins späte Alter anzunehmen. Nach ihm kommt die Lungentuberkulose zu stande durch Durchbruch einer verkästen Bronchial-Lymphdrüse; er ist auch der Ansicht, dass dieser Durchbruch die erste, starke Blutung hervorrufe und dass es bei dieser Gelegenheit nie gelinge, Tb.-B. nachzuweisen. — Von der grossen Bedeutung, die Welliminsk i den Bronchialdrüsen beimisst, sprachen wir schon. Sie seien eine Art Zentrum des Gesammtlymphapparates und ihre Infektion daher von jeder Stelle des Körpers aus möglich. Dieser Bedeutung haben sie nun die Untersuchungen von Beizke und Hurt entkleidet. Die Bronchiallymphdrüsen bilden ein System für sich. Sie sind nicht in der Lage, Lymphe aus dem Ductus thoracicus bei der Atembewegung zu aspirieren, wie Bachmann meinte. Sie stehen in keinem direkten Zusammenhang mit den tiefen Cervicaldrüsen wie Henle lehrte und von wo die Tb.-B. nach Grobe, Pentzoldt, Flenier, Behring, Aufrecht, Schlossmann, Welliminski in die Bronchialdrüsen gelangen sollten. — Beitzke, Lubarsch und in allerneuster Zeit Hart haben durch Experimente mit Farbstoffinjektion eine derartige Verbindung der Lymphdrüsen verneint. Durch Röntgenphotographie ist eine absteigende Cervical-, eine aufsteigende Bronchialtuberkulose nachgewiesen, kein Uebergang von einer zur andern. — Cornet berechnet die Zahl der Lungentuberkulosen, die keine Tuberkul. der Cervical-Lymphdrüsen haben auf $^{19}/_{20}$ der Gesammtzahl. Es fällt damit nach Hart auch die Ansicht Grobers und

Tarnowskis, die Pleurakuppe werde von der absteigenden Cervicallymphdrüsentuberkulose infiziert.

Aufrecht und nach ihm Grawitz lassen die Infektion von den Tonsillen ausgehen, durch die cervikalen auf die bronchialen Lymphdrüsen übergehen, von wo dann auf den Blutbahnen die B. in die Endverzweigungen der Arterien gelangen sollen, in deren Lumen Aufrecht die erste Localisat. bei Lungentuberkulose gefunden hat. Volland huldigt einer ähnlichen Ansicht: er verlegt die Infektion mit Tuberkulose als Schmutzkrankheit, ins Kindesalter, lässt die Bazillen durch die Lymphdrüsen ins Blut und von da, bei den dazu durch Anämie der Lungenspitze Disponierten, in die Endarterien der Lungenspitze gelangen. — Hart und Beitzke stimmen dem insofern bei, als sie eine Infektion, soweit sie eben nicht in den meisten Fällen auf aerogenem Wege zu stande gekommen ist, durch die Lymphbahnen ins Blut und von da an den Ort der Infektion gelangen lassen. — Auch Baumgarten schliesst sich der haematogen Infektion an, soweit die Infektion nicht schon hereditär stattgefunden habe.

Um den Ursprung der Lungentuberkulose auf intestinalem Wege nachzuweisen, stellten Grysez und Vanstenberghe Experimente in Bezug auf die Lungenantracose an und kamen zu dem überraschenden Schluss, dass auch diese intestinalen Ursprungs sei. Dieser Behauptung sind Spronck und neuestens Filicinni entschieden entgegengetreten, wenn auch die Mehrzahl der Forscher neben der aerogenen, einer Infektion vom Darmtraktus aus in keiner Weise widersprechen, so Pfeiffer, Friedberger, Ziegler, Birch-Hirschfeldt, Ribbert, Cornet, Flügge, Bühle, Lichtheim, R. Koch. — Letzterer hält die Infektion vom Darm für Folge verschluckter H. Tb.-B. Pfeiffer hat in neuen Versuchen klargestellt, dass beim Tierexperiment durch Verfütterung von Tb.-B. in grosser Zahl (3000000) in geringem Prozent, eine Erkrankung an Tbk. die Folge ist, wohl aber gleichzeitig durch Aspiration während der Sondeneinführung eine Lungentuberkulose entstehen kann; dass aber andererseits schon bei Inhalation geringer Mengen versprühter Tb. B. regelmässig eine Infektion erfolgt. — Es ist das eine Wiederholung des in den 90-er Jahren von Flügge und seinen Schülern geführten Nachweises, dass durch Inhalation versprengter Tuberk. B. Lungentuberkulose entstehen kann. Aber auch Pfeiffer's Versuche bestätigen, dass feuchtes Material doch nicht die schwere Infektion zu Stande bringen kann, wie das aus den Experimenten Cornets aus dem Jahre 1888 hervorgeht. Versuche, die wohl noch allen in Erinnerung sind und bei denen nach Ansicht Cornets, die Bazillen direkt in die Alveolen hineingelangen, wie das auch aus Kontrollversuchen mit Verstaubung von Methylenblau aus dem Buchnerschen Apparat, hervorgeht. — Cornet hat seine Versuche möglichst den natürlichen Verhältnissen anzupassen versucht. Er sieht im Sekret der Schleimhaut, der Luft, im starken Luftstrom, dem Flimmerepithel, solange es gesund ist, mächtige Schutzmittel gegen die Infektion, sieht auch in allem was die angeführten Kräfte schwächt ein disponierendes Moment, meint aber, dass der Tb. B. wenn er in die flimmerepithellosen, ausserhalb des Luftstroms liegenden Alveolen gelangt, n. b. wenn er hochvirulent ist, auch den von Natur widerstandsfähigsten Körper infiziert. Auch Virchow sah in den kleinen Bronchien und Endbronchiolen die erste Lokalisation, während Neelsen und Rindfleisch den Uebergang der feinsten Bronchien zu den Alveolen als Infektionsstellen ansprachen. — Birch-Hirschfeldt sah als erste Lokalis. ein subepitheliales tuberkulöses Infiltrat in der Schleimhaut eines Bronchus mittlerer Grösse. — Auch bei Kindern herrscht nach Biedert, Rauchfuss, Klein, Kass, die aerogene Infektion vor und erkranken, nachdem die Bazillen die intakte Schleimhaut passiert haben, die Bronchialdrüsen.

(Biedert hat bei 3104 Obduktionen an Tuberkulose gestorbener Kinder nur 16 Mal Darmtuberkulose nachweisen können). — Das Passieren der intakten Schleimhaut von Seiten des Tb. B. ist durch Bartel, Ribbert, Cornet, Dobroklonsky und Uffenheimer erwiesen.

Wir kommen zum Schluss: Die Tuberkulose entsteht beim Erwachsenen, wie beim Kinde in weitaus der Mehrzahl der Fälle durch Einatmung Tb. B. haltigen Staubes, der Sputumbeimengungen eines tuberkulösen Menschen mit sich führt. Sekundär kann eine Infektion von Seiten des Darmes statthaben, wenn auch in einer geringen Anzahl von Fällen und erscheint hierbei die Infektion durch Bazillen der B. Tb. nicht ausgeschlossen. — Das ist auch ungefähr die Zusammenfassung Weichselbaums auf dem letzten internationales Tuberkulosekongress in Wien, im Herbst dieses Jahren in seinem Referat über Aetiologie der Tuberkulose. — Ob nun, wie von England aus die Ansicht ausgesprochen wird, der Perlsuchtbazillus beim Menschen nur lokalisierte Tuberkulosen hervorruft, während der H. Tb. B. in erster Linie der Erreger der Lungentuberkulose ist, das zu erforschen, bleibt der nächsten Zukunft überlassen *).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Diagnostisch - therapeutisches Lexikon für praktische Aerzte. Zweiter Band. Mit 251 Abbildungen. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1907. 1744 Spaltseiten.

Der zweite Band des vorliegenden Lexikons, das unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender klinischer Lehrer und Praktiker herausgegeben wird, ist soeben erschienen und umfasst die Buchstaben F—M. Auch dieser Band erfüllt in vollem Maasse die an ein solches Werk gestellten Anforderungen und giebt auf alle nur irgend eine Bedeutung besitzenden Fragen der verschiedenen Disziplinen zuverlässige, durch die Erfahrung bewährter Autoren erhärtete Antwort.

Die Behandlung jeder Frage bildet ein in sich abgerundetes geschlossenes Ganze. Man kann ja solch' ein Werk nicht der Reihe nach durchlesen; wir haben aber zahlreiche, den verschiedenen Disziplinen angehörenden Artikel durchgesehen und können mit Recht behaupten, dass sowohl die innere Medizin, wie die Chirurgie nebst allen ihren verwandten Gebieten, sowie die Gynäkologie, Geburtshilfe, Nervenkrankheiten etc., gleichmässig sorgfältig und trotz aller Kürze eingehend behandelt sind. Das in drei Bänden erscheinende Lexikon ersetzt somit eine ganze medizinische Bibliothek und kann allen praktischen Aerzten warm empfohlen werden. Auf die Ausstattung des Werkes ist von der bekannten Verlagsfirma grosse Sorgfalt verwandt worden. Der Druck ist zwar klein, aber deutlich und prägnant.

Brennsohn-Riga.

Prof. Dubois (Bern): Die Einbildung als Krankheitsursache. Wiesbaden 1907, Verlag von J. F. Bergmann. gr. 8, 45 S.

Das vorliegende 48. Heft der «Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens» bringt eine interessante Studie aus der Feder des bekannten Berner Neuropathologen über die Rolle, welche die Einbildung als krankmachende Ursache bei der Entstehung von Psychoneurosen spielt, und die Aufgabe des Arztes ihr gegenüber.

*) Die Daten zu vorliegender Arbeit sind, bis auf das letzte Jahr, vielfach entnommen dem grundlegenden Werke Cornets: Die Tuberkulose. II. Auflage. 1907.

Der menschliche Geist arbeitet nur mit Vorstellungen, mit Bildern, welche sich dem Bewusstsein einprägen, so dass das geistige Leben eigentlich in einer kontinuierlichen «Einbildung», in einer unaufhörlichen Aufnahme von Bildern besteht. Wir wissen aber aus vielfachen Erfahrungen, dass wir uns in den Wahrnehmungen durch unsere fünf Sinne oft täuschen können und dass diese trügerischen Wahrnehmungen im wahren Sinne des Wortes «Einbildungen», d. h. Autosuggestionen sind, die wir uns machen. Diese Einbildungen spielen nun eine grosse Rolle bei der Entstehung einer ganzen Reihe von Krankheiten, wie Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie, Melancholie, zahlreichen Phobien. Auch die Gesunden bleiben nicht verschont von allerlei Empfindungen, welche nicht durch einen äusseren Reiz, durch eine Gewebsveränderung bedingt sind, sondern nur der Vorstellung ihre Entstehung verdanken. Wenn nun aber der normale Mensch schon imstande ist, der Spielball seiner Autosuggestionen zu werden, so kann man sich nicht wundern, wenn seelisch schwache, wenig intelligente Personen leichter und tiefer solchen Sinnestäuschungen verfallen. Und in der Tat hat Verf. bei an schwerer Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie und Melancholie erkrankten Personen immer eine gewisse psychische Minderwertigkeit, Tendenz zum Aberglauben, Mangel an Kritik nachweisen können, wenn sie auch auf gewissen Gebieten Ausserordentliches geleistet hatten.

Was nun die Aufgabe des Arztes anbelangt, so spricht sich Verfasser, abgesehen von den Fällen, in denen körperliche Störungen eine physische Behandlung erheischen, für eine rationelle Psychotherapie durch logische Bekämpfung der Wahnvorstellungen aus. Der Arzt muss die Kranken beruhigen, ihre Befürchtungen beschwichtigen, die Haltlosigkeit ihrer Schlussfolgerungen ihnen klarmachen und ihnen beweisen, dass sie das Opfer von Einbildungen sind, welche der Wirklichkeit nicht entsprechen. Die einzige Waffe des Arztes bei dieser Behandlung ist sein klarer Verstand, seine Gabe, die falschen Vorstellungen in wahre zu verwandeln. Auf diesem Wege ist es Verf. gelungen, auch langdauernde psychopathische Störungen schwerer Art zu heilen, wie das aus mehreren ausführlich mitgeteilten Fällen zu ersehen ist.

Die kleine lesenswerte Abhandlung, welche den Hauptgedanken des Verfassers: Prophylaxe und Behandlung der Psychopathien erheischen vor allem Erziehung in überzeugender Weise durchführt, kann allen Aerzten angelegentlichst empfohlen werden.

Bernhoff.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 8. Dezemb. 1906.

Vorsitzender: Meyer, Schriftführer Russow.

Herr Kieseritzky hält seinen angekündigten Vortrag «Allgemeine Bemerkungen über Infektionskrankheiten».

Nachdem Vortragender über das Wesen der Infektion sich geäussert, giebt er nach Kolle-Wassermann (Handbuch der pathogenen Mikroorganismen) einen Ueberblick über die Wege der Infektion, die Ausbreitung der pathogenen Keime, die lokalen und allgemeinen Reaktionserscheinungen des Organismus und geht dann im Speziellen auf die pathogenen Eigenschaften des Gonokokkus Neisseri über. Nach den Litteraturangaben kommt er zur Ueberzeugung, dass der Gonokokkus ein reiner Schleimhautparasit ist, welcher nicht die Fähigkeit besitzt selbstständig in die Lymph- und Blutbahn einzudringen, folglich auch nicht die Fähigkeit Allgemeinerscheinungen hervorzurufen, da er auch kein Toxin erzeugt, seine Giftigkeit nur einem Bakterienprotein verdankt, fällt ein zweites Charakteristikum eines Infektionserregers, welcher Allgemeinerscheinungen hervorruft, fort. Nach Ansicht des Vortragenden sind die Verbreitungswege per contiguitatem und auf metastatischem Wege nicht Charakteristika einer Allgemeinverbreitung sondern in ersterem Falle durch anatomische Bedingungen im zweiten durch zufällig eröffnete Eintrittspforten gebotene Verbreitungswege, welche den resp. Bakterien keine spezielle Pathogenität praejudizieren. Auf Grund dieser Erwägungen kommt Vortragender zur Ueberzeugung, dass es möglich wäre die Infektionskrankheiten in lokale und allgemeine einzuteilen und den Gonokokkus der ersteren Gruppe zuzuzählen, da er keine für die zweite Gruppe charakteristischen Eigenschaften besitzt, aber erst recht nicht Eigenschaften, welche ihn befähigen könnten eine konstitutionelle Infektionskrankheit zu erzeugen.

(Autoreferat)

An der Diskussion beteiligen sich die Herren: Kramer und Kieseritzky.

2. Herr Dehio hält seinen angekündigten Vortrag über «Arythmien des Herzens», in welchem er über die neueren Forschungen auf diesem Gebiet berichtet, in erster Linie an der Hand der Engelmann'schen und Hering'schen Untersuchungen.

Die Diskussion wird wegen zu vorgerückter Zeit vertagt.

Sitzung vom 12. Januar 1907.

Vorsitzender: Meyer, Schriftführer: Russow.

1. Herr Kramer hält seinen angekündigten Vortrag: Zur Therapie des Scharlach, speziell seiner septischen Form.

Nachdem Vortragender zunächst kurz die günstigen Erfolge der von Gabritscheffsky an 700 Kindern angewandten Scharlachvaccine und die Berichte von Langow über die ebenso günstigen Erfahrungen mit der Vaccine erwähnt hat, bespricht er zunächst die Erfahrungen, die mit den verschiedenen Scharlachsera gemacht worden sind. Mendelsohn (Ther. Mon. 1905 S. 321) hat 144 Fälle mit dem Aronsohn'schen Serum behandelt. Eine besondere Wirkung hat er nicht konstatieren können, septische und maligne Fälle (10 u. 7) hat er nicht retten können. Ganghofer hat 15 schwere Fälle mit 10—30 Cbcm. Aronsohn'schem Serum behandelt; von den 15 Fällen starben 7 (46%) ferner behandelte er 8 schwere Fälle mit dem Moser'schen Serum, davon starben 5 (62%).

Palmissky und Zabrowsky veröffentlichten in der Medizina ihre Erfahrungen über ein antiscarlatinöses Serum; im ersten Teil der Arbeit versuchen sie die Spezifizität des Streptokokkus conglomeratus bei den Scharlachinfektionen nachzuweisen (Streptokokkus cong. wurde von 17 Fällen 15 mal im Blute Verstorbener nachgewiesen); mit ihrem Serum haben sie ca. 1000 Kinder behandelt, genaue Aufzeichnungen sind von 144 im Warschauer Kinderhospital beobachteten Kranken gemacht worden; von letzteren starben 20 (15%). Moser berechnet nach Injektionen mit seinem Serum 13% Mortalität. Rumpel hat weder mit Rekonvaleszentenserum noch mit Aronsohn'schem Serum ermutigende Resultate erzielt, während Engel-Berlin — einen schweren Fall mit normalem menschlichem Serum mit gutem Erfolge behandelte. Menschikoff hat 30 Fälle beobachtet, bei schweren Fällen keine Wirkung. Aus den Berichten genannter Autoren sowie aus einer ganzen Reihe hier nicht angeführter geht jedenfalls das hervor, dass bei schweren Fällen alle bisherigen Sera im Stiche lassen. Weiter erwähnt Vortragender einige prophylaktische Maassnahmen gegen die Nephritis: Preirich-Budapest (Therapie der Gegenwart 1905, Maiheft) empfiehlt Urotropin. Nach seinen Beobachtungen erkrankten von 600 mit Urotropin behandelten Fällen 9.16%. Garlip hat keinerlei günstige Einwirkung von Urotropin gesehen. Tobeitz (Ther. Mon. 1902 S. 442) empfielt als Prophylacticum Ol. Therebinth (??). Sodann geht Vortragender auf seine eigenen Beobachtungen über und schildert seine Behandlungsmethode, die ihren Ausgangspunkt von einem besonders schweren Fall von septischem Scharlach nahm.

Alexandra S. 5 Jahr alt erkrankt mit den gewöhnlichen Symptomen; als am 9. Krankheitstage die T° auf 40,0 stieg, entschloss sich Vortragender zu einer Seruminjektion, die ein lytisches Herabgehen der T° zufolge hatte, aber alsbald wieder einer steigenden Tendenz Platz machte, um am 15. Krankheitstage 40,4 zu erreichen. Gleichzeitig waren die Allgemeinerscheinungen derart bedrohliche, und den Eindruck einer schweren septischen Infektion machende, dass der Zustand als ein absolut hoffnungsloser bezeichnet werden musste. Da entschloss sich Vortragender dem Beispiele Barrow's (Referiert in der Ther. Mon. 1903) und Hörschelmann's (St. Petersb. Med. Wochenschr. 1904) zu folgen, von welchen Barrow bei schwerem Puerperalfieber eine intravenöse Injektion von einer 1:5000% Lösung von Formalin mit glänzendem Erfolg und Hörschelmann in einem analogen Fall ein Klysma enthaltend 8 Tropfen Formalin ebenfalls mit gutem Erfolg gemacht hatte — und auch in diesem Falle erfolgte eine prompte Wirkung. Die T° fiel kritisch innerhalb weniger Stunden um 2° — gleichzeitig trat (da das Klysma nach Wernitz ein protrahirtes Dauerklysma war) — starker Schweissausbruch ein, die Delirien sistierten und Patientin schlief zum ersten Mal nach langer Zeit die Nacht ruhig durch.

Interessant war ferner die Beobachtung dass, nachdem Formalin mehrere Tage d. h. bis zum 22. Krankheitstage gebraucht worden war und die T° während der Gebrauchszeit

zwischen 37,5 und 38,3 geschwankt hatte — nach Aussetzen von Formalin an zwei Tagen bis 39.0 heraufschnellte — worauf wieder Formalin angewandt wurde und die T° sofort wieder mit Heruntergehen reagierte — bis sie am 26. Krankheitstage dauernd auf der Norm blieb.

Gleichzeitig macht Vortragender auf ein zweites Formalinpräparat aufmerksam — auf das Formamint, welches eine Verbindung von Formaldehyd mit Milchzucker darstellt. Nach Reinbold (Ther. Mon. 1906. S. 307) eignet sich letzteres vorzüglich dank seiner keimtötenden Eigenschaften zur Desinfektion der Mundhöhle und der oberen Luftwege. Dieselben günstigen Erfahrungen machte Seifert (Pharmako Therap. Rundschau 1905, 14) ebenso Zwillinger (Ther. Mon. 1905, S. 520) welcher bei Erkrankungen des Rachens keinerlei weitere Medikationen anwandte; diese günstige Wirkung hat er bei Scharlach beobachtet, ferner bei 10 Diphteriefällen von denen er die ersten in Kombination mit Serum, die 5 anderen Fälle ohne Serum mit gutem Erfolge behandelte. Von anderen Autoren die ähnliche Resultate hatten, werden noch Ludwig Hesse, Jakobsohn, Robert genannt. Benutzt worden ist das Formamint bei Scharlach, Diphterie Erisypel, Cystitis und Bronchitis foetida. Die Behandlungsmethode des Vortragenden besteht kurz in Folgendem:

Vom ersten Tage ab werden stündlich Formamintpastillen verabfolgt, die langsam im Munde zergehen müssen; ferner lässt Vortragender 3 stündlich per Pulverisator Jodoleinblasungen machen. (Jodol 9,0 Sach. alb. 1,0) und warme Kompressen um den Hals; sobald die Erkrankung einen septischen Charakter zeigt, wird täglich einmal ein Dauerklysma einer Kochsalzlösung mit 1—3 Tropfen Formalin-Schering angewandt. Während der 3 ersten Wochen wird, solange der Ernährungszustand der Patienten es einigermassen erlaubt, eine strenge Milch-Reisdiät eingehalten, zwecks Nephritisprophylaxe.

Vortragender hat seit Jahren diese Methode angewandt und zwar bei Scharlach in 19 Fällen, bei Diphterie in 7, bei anderen Anginaformen (follic. etc.) 18 mal, im ganzen 44 mal mit ganz ausgezeichnetem Erfolge, d. h. er hat keinen einzigen Todesfall gehabt und kommt auf Grundlage der angeführten Publikationen sowie seiner eigenen Beobachtungen zu der Ueberzeugung, dass mit der Einführung von Formalin in die Therapie ein bedeutsamer Schritt vorwärts getan worden ist.

Zum Schluss referiert Vortragender die Arbeit von Neelow (Journ. akuscherstwa i shensk. bol. 1906). Neelow hat 4 Fälle von Sepsis mit Collargol behandelt. Im ersten Falle wurde 5, dann 9 und 10 Cbcm. einer 1% Collargollösung intravenös injeziert. Im zweiten Falle erst Einreibung mit Ungt. colloid. Credé, Antistreptokokkenserum, hernach eine intravenöse Injektion einer 2% Collargollösung ausgeführt. Im 3. und 4. Falle wurde 2% Lösung per Klysma eingeführt mit dem Resultat dass alle 4 Fälle genasen.

(Autoreferat).

An der Diskussion beteiligten sich die Herren Dehio, Meyer, Otto, Kramer.

2. Diskussion über den Vortrag von Prof. Dehio über «Arythmien des Herzens».

Herr Meyer: Wenn man jede Arythmie als etwas Pathologisches ansieht, so müsste man auch die Bradykardie der Wöchnerinnen, welche fast stets mit leichten Ungleichheiten der Schlagfolge verbunden ist als etwas Krankhaftes auffassen, dagegen möchte er aber bemerken, dass die Pulsveränderung am häufigsten gerade bei sehr kräftigen, gesunden Wöchnerinnen zu finden ist. Herr M. führt aus, dass ältere französische Forscher die Bradykardie der Wöchnerinnen einer Hypertrophie des Herzens zuschrieben, die während der Schwangerschaft entstände. Gerhard habe dagegen nachgewiesen, dass die Hyperthrophie nur eine scheinbare wäre, die durch Verlagerung und Verdrängungserscheinungen vorgetäuscht würde. Fritsch führt die Bradykardie auf den plötzlichen Ausfall eines grossen Blutstromgebietes zurück. Löhlein und Fehling nehmen Vagusreizung an, die durch Resorption von Stoffen, welche bei der Involution frei werden, bedingt wird. Winkel hingegen hält die Bradykardie für eine Teilerscheinung der allgemeinen Verlangsamung aller Lebenserscheinungen bei Wöchnerinnen.

Herr Dehio erinnert daran, dass ausser bei Wöchnerinnen Bradykardie auch bei diversen Rekonvaleszenten vorkommt. Man kann diese Bradykardie als eine Reaktion auffassen, die sich nach der vorherigen starken Reizung durch Toxine einstellt. D. denkt sich, dass die Bradykardie der Wöchnerinnen eine Art von Ermüdungssymptom ist. D. hat Atropin bei Rekonvaleszenten angewendet und danach sofort starke Beschleunigung der vorher verlangsamten Herzaktion gefunden. Nach den früheren Anschauungen hat er diese Rekonvaleszentenbradykardie für sogenannte «reizbare Schwäche» gehalten.

Herr Masing demonstriert den Jaquet'schen Polygraphen und seine Anwendung und legt einige mit diesem Apparat aufgenommene Kurven vor. Im Anschluss hieran referiert er noch die Hofmann'schen Erklärungen für Tachykardie.

Herr Russow berichtet über einen Fall von Mitralinsufficienz, bei welchem beständig ein Puls von 36 pro Minute beobachtet wurde. Nach Digitalisanwendung verdoppelte sich diese Zahl, wobei aber regelmässig ein stärkerer und ein schwächerer Schlag alternierten.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der ordentliche Professor der Desmurgie und Mechanurgie an der militär-medizinischen Akademie, Dr. Heinrich Turner, ist zum beratenden Mitgliede des militär-medizinischen gelehrten Komitees ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

Der Direktor des St. Petersburger Irrenhospitals «Aller Leidtragenden», wirkl. Staatsrat Dr. Ljubimow, ist dem Ressort der Anstalten der Kaiserin Maria bei Seiner Majestät Eigenen Kanzlei zugezählt worden, unter Belassung in seinem bisherigen Amte.

— Sein 25-jähriges Jubiläum als ordentlicher Professor an der Universität Greifswald beging in diesen Tagen der bekannte Pharmakologe, Geh. Medizinalrat Dr. Hugo Schulz, Direktor des dortigen pharmakologischen Instituts.

— Der ordentliche Honorarprofessor der Universität Tübingen, Medizinalrat Dr. O. v. Oesterlen, der seit einer Reihe von Jahren gerichtliche Medizin vorträgt, tritt mit dem Schluss des Wintersemesters in den Ruhestand. Er erreicht in nächster Zeit sein 86. Lebensjahr.

— Der Leiter des Pest-Laboratoriums im Fort Kaiser Alexanders I. der Kronstädter Festung Dr. Nikolai Berestnëw ist zum Direktor des bakteriologischen Instituts der Moskauer Universität an Stelle des verstorbenen Dr. Gabritschewski ernannt worden.

— Der bekannte Gynäkologe Dr. Edler v. Rosthorn, welcher als Direktor der Frauenklinik von Heidelberg nach Wien übersiedelt, wurde zum Ehrenmitglied der American Medical Association ernannt.

— Auf den neugegründeten Lehrstuhl für Pharmakologie an der Universität Tübingen wurde der Göttinger Pharmakologe Prof. ord. Dr. Karl Jacobi berufen. Bisher wurde dieses Fach von dem Professor für innere Medizin gelesen.

— Die orthopädische Privatklinik des verstorbenen Professors Dr. Hoffa in Berlin ist, wie aus Berlin gemeldet wird, von dem Spezialisten für Chirurgie und Orthopädie Dr. Böcker, einem langjährigen Assistenten Hoffas, und dem ausserord. Professor und Leiter der chirurgischen Universitätspoliklinik Dr. Klapp übernommen worden.

— Die Prof. Lassarsche Privatklinik für Hautkrankheiten in Berlin (Karlsstrasse 19) bleibt unverändert bestehen. Sie hat in zwei bekannten Berliner Spezialärzten für Hautkrankheiten, früheren langjährigen Assistenten des Prof. Lassar, den DDr. Hermann Isaac und Martin Friedländer, eine neue Leitung erhalten. Diese haben die Klinik übernommen und werden sie in ihrem ganzen Umfange nach den bisherigen Prinzipien weiterführen.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 26. Januar hierselbst der in weitesten Kreisen bekannte frühere Direktor und Oberarzt des von deutschen Reichsangehörigen gestifteten Alexanderhospitals für Männer, wirkl. Staatsrat Dr. Emanuel Moritz, nach kaum zweitägigem Krankenlager an Pneumonie im 72. Lebensjahre. Einen ausführlichen Nekrolog finden die Leser in der heutigen Nummer an anderer Stelle. 2) Am 28. Januar in St. Petersburg das beständige Mitglied des Medizinalrats, wirkl. Staatsrat Dr. Demetrius Pachomow, im Alter von 71 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1861 hier die Praxis ausgeübt hat, war früher viele Jahre Arzt an den Anstalten des geistlichen Ressorts, der Akademie, dem Seminar und der zu letzterem gehörigen geistlichen

Schule. 3) Am 7. Januar in Schaulen (Gouv. Kowno) der jüngere Arzt des Starorussaschen Infanterieregiments Dr. Naum Judelewitsch im 32. Lebensjahre an den Pocken, mit denen er sich bei der Behandlung von Rekruten im Regimentslazarett infiziert hatte. Nach Absolvierung des Kursus an der Kiewer Universität im J. 1902 setzte er seine Studien an der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in Kiew und später am Stadthospital in Odessa fort, bis er beim Ausbruch des Krieges mit Japan als Militärarzt einberufen wurde, in welcher Stellung er bis zu seinem Tode blieb. Er hat seine Wittwe mit einem zweijährigen Kinde ganz mittellos zurückgelassen *). 4) Am 16. Januar in Moskau Dr. Nikolai Rober nach 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit im 49. Lebensjahre an den Folgen einer erysipelatösen Entzündung, die er sich bei der Ausübung seiner Funktionen als Sanitätsarzt zugezogen hatte. Der Verstorbene erfreute sich als Arzt wie als Mensch grosser Popularität, namentlich in den niederen Volksschichten, da er in den Dezembertagen des Jahres 1905, als der Aufstand in den Strassen Moskaus wütete, bei dem Befehlshaber der Truppenabteilung es erwirkte, dass er mit Hülfe von Wohltätern für das arbeitslose Volk eine unentgeltliche Speiseanstalt eröffnen und warme Kleidung verteilen konnte.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der bisherige Dekan der medizinischen Fakultät in Odessa Prof. Dr. N. Popow hat dieses Amt niedergelegt; an seine Stelle ist Prof. N. Uschinski (Patholog) getreten.

— Zur Besetzung des durch den Tod des Professors Gay erledigten Lehrstuhls für Hautkrankheiten und Syphilis an der Universität Kasan ist ein Konkurs ausgeschrieben. Die Anmeldung zur Teilnahme am Konkurse hat bis zum 20. März 1908 zu geschehen.

— In der militär-medizinischen Akademie findet in nächster Zeit die Wahl des Nachfolgers für den nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist verabschiedeten Professor Dr. M. Ssubbotin statt. Als Kandidaten auf diesen vakanten Lehrstuhl der chirurgischen Pathologie mit propädeutischer Klinik werden genannt: Professor Dr. Pawlowski aus Kiew, Privatdozent Dr. Napalkow aus Moskau, sowie die Privatdozenten der militär-medizinischen Akademie Dr. Oppel (Assistent des Prof. Fedorow), Dr. Petrow und Dr. Heinatz (Assistenten des Prof. Ssubbotin).

— Als Bewerber um den von dem gegenwärtigen Chef der militär-medizinischen Akademie Prof. emer. Dr. A. Danilewski bisher eingenommenen Lehrstuhl der physiologischen Chemie an der Akakemie werden, wie verlautet, Prof. Dr. Kurajew aus Charkow und die Privatdozenten der Akademie Dr. Iljin und Dr. Sslowzow auftreten.

Standesangelegenheiten.

— Ein Lichtstrahl leuchtet wieder in das Dasein der bisher so stiefmütterlich behandelten Aerzte, welche an den St. Petersburger städtischen Krankenhäusern angestellt sind. Das Stadtamt und die städtische Hospitalkommission haben nämlich beschlossen, bei der Stadtduma eine Erhöhung der Gehälter der städtischen Hospitalärzte zu beantragen, und zwar in folgender Weise: Das Gehalt der Oberärzte der im Weichbilde der Stadt belegenen Hospitäler soll von 1800 und 2400 Rbl. auf 3000 Rbl. und der Oberärzte der ausserhalb des Weichbildes der Stadt liegenden Hospitäler von 3000 auf 3600 Rbl. jährlich, der älteren Ordinatoren von 1500 auf 2000 Rbl., der jüngeren Ordinatoren von 900 auf 1500 Rbl., der Assistenten von 600 auf 900 Rbl. erhöht werden. Zugleich soll die materielle Lage des administrativen Personals der städtischen Hospitäler verbessert werden, so dass der Aufseher (надзиратель), statt der bisherigen Gage von 900 Rbl., 1200 resp. 1500 Rbl., der Schriftführer statt 600 und 720—900 resp. 1200 Rbl. erhalten soll. Die städtische Finanzkommission soll übrigens, wie verlautet, gegen diesen Antrag Protest einlegen wollen, da die Durchführung dieser Gehaltsverbesserungen eine jährliche Mehrausgabe von 138,000 Rbl. für den Stadtsäckel bedeutet.

*) Die Redaktion des «Russ. Wratsch» ist bereit, etwaige Spenden für die verwaiste Familie zur Uebermittelung entgegenzunehmen.

— Bei der Pirogowgesellschaft wird, wie der «Rjetsch» aus Moskau mitgeteilt worden, die Kreierung eines professionellen Ehrengerichts für die Mitglieder dieser Gesellschaft projektiert. Nicht zur Pirogowgesellschaft gehörende Aerzte sollen nur mit ihrer Zustimmung diesem Ehrengericht unterliegen. Die Grundprinzipien dieses Ehrengerichts sind dieselben, wie die des Disziplinargerichts bei den Konseils der Advokaten. (R. Wr.)

— In Genf ist der russische Arzt Sjemaschko verhaftet worden. Es soll diese Verhaftung mit der Verhaftung eines Frauenzimmers in München im Zusammenhange stehen.

— In Woronesh ist der Militärfeldscher W. Schaljapin verhaftet worden.

— Nach einer offiziellen Mitteilung hat der jetzt in Wiborg lebende frühere Abgeordnete der ersten Reichsduma Dr. Korniljew in Wiborg eine Bande von Sozialrevolutionären organisiert, welche zur Beschaffung von Mitteln, um ihre verbrecherischen Pläne zu verwirklichen, die Beraubung der Kasse einer staatlichen Institution in St. Petersburg ausführen sollten. Glücklicherweise wurden 12 Mitglieder dieser Räuberbande und der Gendarmenunteroffizier Bogdanow, welcher das Einschmuggeln der Bomben nach Petersburg übernommen hatte, bei ihrem Eintreffen auf dem hiesigen finnländischen Bahnhofe verhaftet, wodurch der beabsichtigte bewaffnete Ueberfall vereitelt. Dr. Korniljew selbst wurde in Wiborg im Hause des von ihm dort gebildeten Arbeiterbundes verhaftet, nachdem in seinem Empfangszimmer und in dem Lokal des Arbeiterbundes von der Polizei eine Haussuchung veranstaltet worden war.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die neugegründete Russische urologische Gesellschaft in St. Petersburg hat zu ihrem Präses Prof. Dr. S. Fedorow, zum Vizepräses Dr. B. Cholzow, zum Kassierer Dr. N. Leshnëw und zu Sekretären — die DDr. A. v. Wahl und M. Gordejew gewählt. Die erste wissenschaftliche Sitzung wird am 6. Februar im Pirogow-Museum stattfinden.

— In Petersburg ist neuerdings ein Verband polnischer Aerzte und Naturforscher ins Leben getreten. Dieser Verband hat zu seinem Präses — Prof. S. Zaleski, zum Kassierer — Dr. A. Karnicki und zum Bibliothekar — Dr. L. Jastrzembski (alle drei gemeinschaftlich für beide Abteilungen); zum Vizepräses — Prof. Dr. Siemacki und zu Sekretären — der Privatdozent Dr. Ssowinski und Dr. Ulinski (letztere drei für die medizinische Abteilung) gewählt. (R. Wr.).

— Neues medizinisches Journal. Der Verein Astrachanscher Aerzte giebt seit dem Beginn dieses Jahres eine Zeitschrift heraus unter dem Titel «Извѣстія Общества Астраханскихъ врачей» (Nachrichten der Gesellschaft Astrachanscher Aerzte) heraus, welche 2—3 Bogen stark achtmal im Jahre erscheinen wird und für auswärtige Abonnenten 3 Rbl. jährlich kostet. Die neue Zeitschrift wird die Vorträge und Mitteilungen in den Sitzungen der Gesellschaft, die Sitzungsprotokolle, Besprechungen von Standesangelegenheiten, Nachrichten aus dem medizinischen Leben des Astrachanschen Gebiets, Referate, Rezensionen, Personalien etc. bringen. Als verantwortlicher Redakteur zeichnet Dr. J. A. Deminski.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 5. Febr. 1908.

Tagesordnung: Hecker und Schmidt: Zur kutanen Tuberkulinprobe (Pirquet) im Kindesalter.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 11. Febr. 1908.

Tagesordnung:
1. Ucke, Demonstrationen: a) Dunkelfeldbeleuchtung, b) Albuminometer nach G. Buchner.
2. Prof. Petersen: Zur Kasuistik der Vaginaltuberkulose.
3. Lingen: Ueber Tubentuberkulose.


Natürliches Mineralwasser
VICHY ETAT
VICHY
VICHY ETAT
Die Quellen gehören der Französischen Regierung.
Man hüte sich vor Nachahmungen und BEZEICHNE GENAU DIE QUELLE
VICHY CÉLESTINS
Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.
VICHY GRANDE GRILLE
Leber- u. Gallenblasen-Krankheiten.
VICHY HOPITAL
Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens u. der Därme.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 6 St. Petersburg, den 9. (22. Februar). 1908.

Die therapeutische Beeinflussung der Ursachen gutartiger oder bösartiger Leukocytosen, welche den Ausgang der Krankheiten bedingen.

Von

Prof. Dr. Alexander v. Poehl.

Vortrag vom 16. Oktober 1907 in der russischen St. Petersburger Medizinischen Gesellschaft.

Im Jahre 1894 habe ich bereits darauf hingewiesen, dass für die Resistenzfähigkeit des Organismus gewissen Krankheiten spec. Infektionen gegenüber der jeweilige Zustand der Intraorganoxydation, resp. der Gewebsatmung von grösster Bedeutung ist [1]). Es ist ja offenbar, dass die Immunität keineswegs als ein einfacher unteilbarer Vorgang zu betrachten ist, sondern aus einer Reihe von Komponenten zusammengesetzt ist.

In meiner Abhandlung: Die Immunitäts- und Immunisationstheorien vom biologisch-chemischen Standpunkt betrachtet [2]) kam ich zum Schluss, dass in der bei normaler Blutalkalescenz vor sich gehenden gutartigen Leukocytose und dem darauf folgenden Leukocytenzerfall eine wesentliche Komponente im Vorgang der Immunität und Immunisation zu suchen ist, während bei herabgesetzter Blutalkalescenz die Leukocytose zu einer bösartigen wird, wie es im posthämorrhagischen kachektischen und praemortalen Zustand beobachtet wird. Die Leukocytose, die bei normaler Blutalkalescenz vor sich geht, ist mit der Bildung von Spermin im Organismus [3]) verbunden und das Spermin ruft als Katalysator der Oxydationsprozesse [4]) die Zerstörung der Toxine [5]) hervor und bringt die herabgesetzte Gewebsatmung [6]), wie auch die herabgesetzte Blutalkalescenz durch Oxydation (Verbrennung) der organischen Säuren (wesentlich Milchsäure) [7]) wieder zur Norm. Die Energie der Gewebsatmung steht in direktem Zusammenhang mit der Blutalkalescenz. Alle Momente, welche die Blutalkalescenz herabsetzen, haben auch eine Schädigung der Resistenz des Organismus zur Folge. Uebermüdung, psychische Einflüsse (Kummer, Aufregungen) Alkoholgenuss etc., welche stets mit Herabsetzung der Blutalkalescenz verbunden sind, setzen sogar die angeborene Widerstands-

[1]) A. v. Poehl, XI intern. mediz. Congress. Rom, 30. März 1894.
— Zeitschr. für klin. Medizin XXVI, 1. u. 2. Heft, pag. 136.
— Russ. Journ. f. Mediz. Chem. u. Pharm. 1894, pag. 141—194.

[2]) A. v. Poehl, Kaiserl. russ. Akad. d. Wissensch. 17. Nov. 1894.
— Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 6.
— Wratsch (russ.) 1894, No. 49 u. 51.

[3]) Das Pus bonum et laudabile ist ebenso reich an Spermin, wie das Sperma und weist auch den charakteristischen Spermageruch auf.

[4]) A. v. Poehl, Kaiserl. Akad. der Wissensch. St. Petersburg 1892, 22. April; St. Petersb. Mediz. Woch. 1903, No. 9.

[5]) A. v. Poehl, Berl. klin. Wochenschr. 1893, No. 36 und in Gem. mit Fürst v. Tarchanoff und Alfr. v. Poehl. Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie 1905 u. 1906, Bd. XI.

[6]) A. de Poehl, Compt. rend. de l'Acad. des Sciences de Paris 10 Oct. 1892; Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. XXVI, Heft 1 u. 2.

[7]) A. de Poehl, Compt. rend. de l'Acad. des Sciences de Paris, 1893, 20 Mars.

fähigkeit herab. Canalis, Monpurgo[8]) Charrin und Roger[9]) konstatieren bereits 1892 das Factum, dass durch Uebermüdung die Immunität eingebüsst wird. v. Behring[10]) hat 1893 die Bedeutung der Alkalescenz des Blutserums für die Immunität erkannt. v. Fodor[11]) hat darauf die Bedeutung der Blutalkalescenz für die Immunität durch direkte Versuche geprüft.

Die Einwirkung des Sperminum-Poehl auf die Blutalkalescenz ist von mir indirekt durch eine Reihe von Harnanalysen festgestellt worden[12]) und die Professore A. Loewy und P. F. Richter[13]) haben die ungemein energische und andauernde Erhöhung der Blutalkalescenz durch Sperminum-Poehl in der Klinik von Prof. Senator vermittelst Bluttitration bestimmt.

Beobachtungen von Prof. Loewy und Richter

	Kaninchen	Blutalkalescenz 100 ccm Blut mgr NaOH.
Injektion von Sperminum-Poehl	Vor der Injektion . . .	488
	Injektion von 2 ccm Sperminum-Poehl (0,04 gr. Spermin).	
	Nach 10 Minuten . . .	571
Injektion von Sperminum-Poehl	Vor der Injektion . . .	437
	Injektion von 1,5 ccm Sperminum-Poehl (0,03 gr. Spermin).	
	Nach 2 Stunden . . .	806
	Nach 24 Stunden . . .	456
Eingeführte Alkalimenge = ca. 50% des gesamten Blutalkali.	Vor der Injektion . . .	380
	Injektion von 0,2 Natr. carb. in 8 Wasser.	
	Nach 10 Minuten . . .	429
	Nach 35 Minuten . . .	370
	Nach 24 Stunden . . .	352
Eingeführte Alkalimenge = ca. 80% des gesamten Blutalkali.	Vor der Injektion . . .	377
	Nach der Injektion von 0,5 Natr. carb. in 12 Wasser.	
	Nach 5 Minuten . . .	409
	Nach 45 Minuten . . .	361

Also 10 Minuten nach Injektion einer Ampulle Sperminum-Poehl stieg die Blutalkalescenz von 488 mg. auf 571 und von 384 auf 417 und in 2 Stunden von 437 sogar auf 806 (!). Die Blutalkalescenzerhöhung ist bei Anwendung von Sperminum-Poehl eine andauernde, während sie bei Einführung von Alkali bereits nach 35 Minuten schwindet. Diese Erscheinung ist leicht erklärlich, denn mit der Einführung von Spermin werden die organischen Säuren (Milchsäure etc.), die sich im Organismus infolge von Uebermüdungen etc. resp. unzureichender Intraorganoxydation, ansammeln, zu Kohlensäure verbrannt, während das Alkali nur eine vorübergehende Neutralisation hervorruft.

[8]) cf. Dieudonné, Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie, pag. 5.

[9]) Charrin et Roger, Sem. médic. 1892, p. 268.

[10]) v. Behring cf. Eulenburg's Encyclop. Jahrb. 1894, p. 323.

[11]) v. Fodor, VIII intern. Congr. f. Hygiene in Budapest 1894, cf. Allg. med. Centralzeitg. 1894, p. 989.

[12]) v. Poehl, Zeitsch. f. klin. Medizin, Bd. XXVI, Heft 1 und 2. Die physiologisch-chemischen Grundlagen der Spermintheorie etc. 1898.

[13]) Loewy u. Richter, Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 33.

Im Jahre 1894 hob ich[14]) hervor, dass die Leukocytose in alkalischem Medium eine wohltätige (pus bonem et laudabile) ist, während die Leukocytose bei herabgesetzter Blutalkalescenz zu einer bösartigen wird, da dieselbe schwere Autointoxikation zur Folge hat (die posthämorrhagischen, kachektischen und praemortalen Leukocytosen).

In der Literatur waren schon 1894 detaillirte Angaben über die Rolle der Leukocytose im Kampfe gegen die verschiedenartigen schädlichen Einflüsse, die eine weitere Entwickelung der Theorie von Metschnikoff darstellen.

Schon 1892 hat S. S. Botkin bei Gelegenheit seiner hämatologischen Untersuchungen bei Tuberkulininjektion (Deutsche med. Wochenschr. 1892, No. 15) und Beobachtungen bei croupöser Pneumonie und Tetanus (Berl. klin. Wochenschr. 1892, No. 19) die Ansicht ausgesprochen, dass die Zerfallprodukte der Leukocyten eine Giftzerstörung bedingen.

G. v. Bunge[15]) spricht die Vermutung aus, dass es den Leukocyten speziell zukommt, die schädlichen Stoffe unschädlich zu machen. Eine präzisere Ansicht über die Zerstörung der stickstoffhaltigen Produkte der regressiven Metamorphose, resp. der Leukomaïne giebt Armand Gautier in seinen höchst interessanten Untersuchungen über den Chemismus der lebenden Zelle: er erkennt als notwendiges Postulat die Existenz eines oxydierenden Fermentes und versetzt die Zerstörung der Leukomaïne in den peripheren Teil der Zelle. Andererseits hat schon Bouchard[16]) in seiner Immunitätstheorie die Ansicht ausgesprochen, dass das Wesen des Kampfes der Mikroben mit den Phagocyten in der Erzeugung oder Hemmung der entzündlichen Reaktion besteht.

Drei englische Gelehrte, Hankin, Kanthack und Hardy[17]), haben noch genauer die Rolle der Leukocyten bei der entzündlichen Reaktion definiert. Nach Ansicht dieser Gelehrten spielen bei der Phagocytose die eosinophilen Leukocyten die wesentlichste Rolle, indem dieselben aus den Blutgefässen austreten und direkt zum Infektionsherd wandern. Nach Ansicht von Hankin sind sogar Buchner's Alexine nichts anderes, als ein Produkt der eosinophilen Zellen. Den Zusammenhang von eosinophilen Zellen mit Spermin resp. Charcot-Leyden'schen Krystallen habe ich schon mehrfach hervorgehoben. Der Zusammenhang zwischen eosinophilen Zellen und Charcot-Leyden'schen Krystallen (die ich bekanntlich für Sperminphosphat erkannt habe) ist zuerst von v. Leyden[18]) und späterhin mehrfach auch von neueren Beobachtern konstatiert worden.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass das Spermin einen direkten Einfluss auf die biologisch-chemischen Eigenschaften pathogener Mikroben ausüben kann; ich habe nämlich experimentell bewiesen[19]), dass die Bacterien der Cholera asiatica bei Kultur in sperminhaltigem Medium die Fähigkeit verlieren, die Indolreaktion (Cholerarot[20]) zu geben, was mit dem Verlust der Toxicität zusammenfällt (Versuche von Brieger, Wassermann und Kitasato).

Meine Mitteilung über die Rolle der Intraorganoxydation, resp. des Spermins, auf die Immunität gab Prof. Senator[21]) die Veranlassung mit seinem Assistenten Prof. P. F. Richter und Prof. A. Loewy eine Reihe von Versuchen anzustellen, welche die Aufgabe hatten die Einwirkung des Sperminum-Poehl auf den Stoffwechsel zu prüfen und auf die Infektionskrankheiten. Prof. Senator[22]) berichtet darauf: „Die Einwirkung des Sperminum-Poehl „auf das Blut unterliegt keinem Zweifel. Beim Ge„brauch des Sperminum-Poehl beobachtet man anfangs „eine bedeutende Leukolyse, worauf Hyperleukocytose „folgt und gleichzeitig eine Erhöhung der Blutalkales-

[14]) A. v. Poehl. Wratsch (russ.) 1894, No. 49. Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 6.

[15]) G. v. Bunge, Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie 1894, S. 231.

[16]) Bouchard, cf. Metschnikoff-Podwyssotzki l. c, S. 253.

[17]) Hankin, Kanthack, Hardy, cf. Metschnikoff-Podwyssotzki l. c. S. 259.

[18]) v. Leyden, Deutsche med. Wochenschr. 1891, No. 38.

[19]) A. v. Poehl, Deutsche med. Wochenschr. 1892, No. 49.

[20]) A. v. Poehl, Bericht der Deutschen chemischen Gesellschaft 1886, Bd. XIX, S. 1159; Petri Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt 1890, Bd. VI. S. 1—42.

[21]) Senator, D. med. Woch. 1895, No. 31.

[22]) Senator, D. med. Woch. 1895, No. 31 und Semaine médicale 1895, No. 28.

„cenz, die auch keinem Zweifel unterliegt. Jedenfalls „stellt das Sperminum-Poehl eine sehr aktive Substanz „dar, deren Wirkung in dem Sinne erfolgt, wie es von „Prof. Poehl angegeben. Die Dr. Dr. Richter und „Loewy haben mit Sperminum-Poehl alle Tiere ge„heilt, denen eine Pneumonieinfektion, welcher die Tiere „ohne Sperminbehandlung zweifellos erlegen wären, bei„gebracht war."

Die Professore A. Loewy u. P. F. Richter[23]) berichten folgendermassen über ihre Versuche mit Sperminum-Poehl:

„Der therapeutische Effekt war bei der Pneumokok„keninfektion ein eklatanter. Wurden die Pneumokokken „injiziert nachdem bereits durch das genannte Mittel „(Sperminum-Poehl) Leukocytose herbeigeführt „und durch wiederholte Injektionen erhalten war, so „gelang es stets, Tiere, die das Drei- und Vierfache „der tötlichen Dosis erhalten hatten, zu heilen. Dabei „war auffällig, dass in der Mehrzahl der Fälle bei die„ser Versuchsanordnung keine oder nur geringe Tempe„raturerhöhung als Zeichen der eingetretenen Allgemein„infektion beobachtet werden konnte und die Tiere „überhaupt nur geringe Krankheitserscheinungen dar„boten. Wesentlich geringer war der therapeutische „Effekt, wenn derartige leukocytoserregende Mittel erst „24 Stunden oder später nach erfolgter Pneumokokken„infektion einverleibt wurden. Hier kam es bei den „gleichen Dosen, wie bei der vorigen Versuchsanord„nung mitunter zu einer selbst beträchtlichen „Lebensverlängerung, aber nicht zu einer „definitiven Heilung".

Die Versuche mit Hühnercholera ergaben in einigen Fällen einen deutlichen Effekt, doch nur dann wenn ungefähr gerade die einfache tötliche Dosis der betreffenden Kultur getroffen war. In solchen Fällen war einige Mal völlige Heilung eingetreten. Bedingung dazu aber war, dass die Wirkung der bakterischen Infektion erst dann eintrat, wenn bereits durch Spermin Hyperleukocytose erzielt war.

Auch mit Diphtheriegift (Aronson) haben Loewy und Richter Versuche angestellt.

Wir führen hier einen Versuch an:

a) Kontrolltier erhält am 22. November 11 Uhr 50 Min. 0,05 Diphtheriegift intravenös (Ohrvene).

22. Nov.	4 Uhr	— Min.	39,2°	5 Uhr 30 Min. 39,3°
»	7 »	— »	40,5°	
23. »	9 »	40 »	38°	11 » 45 » 37°
»	2 »	tot.		

b) Versuchstier (№ 50) erhält am 23. November 12 Uhr Mittags 2 g Sperminum-Poehl 2°/₀ intravenös und 5 Min. später 0,06 Diphtheriegift intravenös.

23. Nov.	3 Uhr	30 Min.	39,2°	5 Uhr — Min. 39,5° 17200 Leukocyten.
24. »	10 »	— »	39,5°	12 Uhr — Min. 39,5° 14800 Leukocyten 2 g Sperminum-Poehl 2°/₀ subkutan.
»	4 »	— »	40,2°	16600 Leukocyten.
»	6 »	30 »	39,7°	
25. »	10 »	— »	39,3°	12 Uhr — Min. 39,7° 1 g Sperminum-Poehl 2°/₀ subkutan.
»	4 »	— »	39,7°	
26. »	9 »	30 »	39,2°	11 Uhr — Min. 39,5°
»	12 »	30 »	39,5°	4 » — » 39,4°
»	6 »	— »	39,4°	
27. »	10 »	30 »	39,2°	1 » 30 » 39,8°
»	6 »	— »	39,2°	
28. »	9 »	— »	39°	

Tier überlebt.

[23]) Loewy u. Richter, D. med. Woch. 1895, No. 15.

Gleichzeitig stellen Loewy und Richter einen Versuch an, welcher nachweist, dass ein Impfschutz[24]) von Spermin nicht erfolgt, wie es auch zu erwarten war; dagegen unterliegt es keinem Zweifel, dass beim Gebrauch von Sperminum-Poehl eine Erhöhung der Resistenz des Organismus erzielt wird. Gleichzeitig möchte ich darauf hinweisen, dass bei dieser Gelegenheit Loewy und Richter vergleichende Versuche mit den verschiedensten Mitteln, welche Leukocytose erzeugen, angestellt haben. Sie kommen zum Schluss, dass Sperminum-Poehl sich als das einzige erwies, welches sowohl bei subkutaner Injektion, als auch bei intravenöser Einführung vollkommen unschädlich ist.

Wir verfügen über eine grosse Reihe von therapeutischen Mitteln die Leukocytose hervorzurufen, dazu gehören die meisten Heilsera, die Nukleïne, Papayotin etc.; auch das Pilocarpin wird als Leukocytose erregendes Mittel angeführt. Keines dieser Mittel jedoch weist die Fähigkeit auf, in der Weise wie Sperminum-Poehl die herabgesetzte Blutalkalescenz zu erhöhen resp. zur Norm zu bringen. Das Pilocarpin setzt sogar sehr energisch die Blutalkalescenz herab. Folglich ruft es statt der gutartigen Leukocytose gerade die unerwünschte bösartige Leukocytose hervor, welche schwere Autointoxikation zur Folge hat. Ich finde, dass überhaupt bei Beobachtungen der Leukocytose die so wichtige Frage der Blutalkalescenz meist nicht berücksichtigt wird, trotzdem die Beobachtungen von Senator, Loewy und Richter die Wichtigkeit dieses Umstandes an den Tag gelegt haben. Ich möchte noch hervorheben, dass ausser dem Spermin uns auch andere therapeutische Mittel zur Verfügung stehen, welche Erhöhung der Blutalkalescenz und mithin die Momente bieten für gutartige Leukocytosen. Zu diesen Mitteln gehören in erster Linie die physikalisch-diätetischen und die balneotherapeutischen. Auf die Vorzüge einer Kombination der organotherapeutischen mit den physikalisch-diätetischen und balneotherapeutischen Mitteln habe ich[25]) seinerzeit die Aufmerksamkeit gelenkt und es unterliegt keinem Zweifel, dass wir auf diesem Wege die geschädigte Widerstandskraft eines Organismus wesentlich zur Norm bringen können. Im Vergleich zu physikalisch-diätetischen und balneotherapeutischen Mitteln hat das Sperminum-Poehl den Vorzug der schnellen und sicheren Wirkung.

Die grosse Gruppe der Autointoxikationen, welche mit herabgesetzter Gewebsatmung und herabgesetzter Blutalkalescenz einhergehen, welche Senator mit dem Ausdruck Acidosis bezeichnet, umfasst solche pathologische Zustände, wie z. B. Neurasthenie, Hysterie, Arteriosclerosis, Marasmus etc., welche bei Behandlung mit Sperminum-Poehl günstige therapeutische Effekte aufweisen[26]).

Neurasthenie: (Aframowitsch, Bötlingk, Benedikt, de Buck, Bukoëmsky, Prof. Ewald, Prof. Eulenburg, Frétin, Fürbringer, Finkelstein, Hager, Hirsch, Kondratjeff, Prof. Kostjurin, Kiriloff, Maximowitsch, Masslennikoff, Mendel, de Moor, Moritz, Mrotschkowsky, Mjertwago, Nagubnoff, Ostrou-

[24]) Einem offenbaren Missverständniss muss der Umstand zu Grunde liegen, dass Metschnikoff in seinem Buch «Immunität (1897) pag. 25, Spermin in die Rubrik der heterogenen. (d. h. nicht bakteriellen) Stoffe stellt, welche Schutzimpfung hervorrufen sollen. Ebenso falsch ist es Hefennklëin und Papayotin an die Seite von Spermin zu stellen, da letztere wohl eine Leukocytose hervorrufen, aber keinen Einfluss in Hinsicht der Erhöhung der Blutalkalescenz ausüben.

[25]) A. v. Poehl, Berl. klin. Wochenschr. 1906, No. 18 u. 19.

[26]) Senator, Die Autointoxikationen und ihre Behandlung. — Die deutsche Klinik. Prof. von Leyden und Prof. Klemperer. 2. Vorlesung. S. 22, Berlin 1901.

moff, Pantschenko, Podkopaeff, Preis, Rostschinin, Salomon, Sawitsch, Sokoloff, Spiegel, Shichareff, Tjasheloff, Tulucheff, Znakowze etc.). Hysterie: (Benedikt, Bukoemsky, de Buck, Eulenburg, Kostjurin, Maximowitsch, Mendel, de Moor, Shichareff, Tjascheloff etc.). Arteriosclerosis: (Bukoemsky, Frétin, Glax, Hager, Hirsch, Krieger, Maximowitsch, Moritz, Mrotschkowsky, Postoeff, Shichareff, Tjasheloff, Viktoroff u. and.) Marasmus: (Fenomenoff, Hirsch, Horwat, Klimantowitsch, Kondratjeff, Langheld, Pantschenko, Podkopajeff, Preis, Reitz, Rossi, Wiljaminoff, (A. v. Poehl u. Fürst Tarchanoff. Rationelle Organotherapie Bd. I).

Eine Reihe von Harnanalysen (die ich bei Gelegenheit der Behandlung von Autointoxikationen in Folge herabgesetzter Gewebsatmung (Acidosis) mit Sperminum-Poehl ausführte) ergaben, dass der wohltätige therapeutische Effekt des Spermins stets mit Erhöhung der Blutalkalescenz und Erhöhung der Intraorganoxydation verbunden ist. Die günstigen therapeutischen Effekte bei Anwendung des Sperminum-Poehl bei Infektionskrankheiten lassen sich auch auf dieselben Momente zurückführen.[27])

Bei Lungentuberkulose haben eine grosse Anzahl von Beobachtern, Bartoschewitsch, v. Boetlingk, Bukoemski, Cohn, Filipps, Goldberg, Grigorjeff, Egoroff, Klimontowitsch, Maximowitsch, Moritz, Nastjukoff, Ostroumoff, Pantschenko, v. Poehl, Podkopajeff, Preis, v. Rossi, Rostschinin, Sokoloff, Prof. W. Stange u. and., einen günstigen Einfluss auf folgende Symptome der Tuberkulose festgestellt:

1) Es wurde festgestellt, dass das Sperminum-Poehl den Nachtschweiss nicht nur verringert, sondern auch in manchen Fällen vollständig sistiert.

2) Die Temperaturschwankungen bleiben aus und die Temperaturen nähern sich der Norm.

3) Der heftige Husten verringert sich.

4) Die Sputumabsonderung wird erleichtert und quantitativ verringert.

5) Der Appetit stellt sich wieder ein.

6) Das Körpergewicht und die Kräfte nehmen zu.

Die Einwirkungen von Sperminum-Poehl bei Typhus haben Dr. Epifanoff, Hiltebrandt, Klimontowitsch, Pantschenko, Podkopajeff, Prof. Popoff, Rostchininu. and. festgestellt und auch hier sehen wir, dass wesentlich die Widerstandskraft des Organismus dem schädigenden Einfluss der Infektion gegenüber zur Norm gebracht wird.

Die wohltätige Einwirkung des Sperminum-Poehl bei Syphilisbehandlung ist vielfach konstatiert worden und zwar von Hübbenet, Shichareff, Schwimmer, Preis, Rostschinin, Zwieback u. and.

Auch hier liefern uns die Beobachtungen Belege dafür, dass einerseits der herabgesetzte Tonus des Syphilitikers bei der Sperminbehandlung sich der Norm nähert, andererseits die bei der unvermeidlichen Quecksilberkur als eine der schwersten Nebenwirkungen auftretende Herabsetzung der Intraorganoxydation durch die Spermintherapie beseitigt wird.

Bei Diphtherie hatten Prof. Reitz[28]) und Dr. Hase das Sperminum-Poehl angewandt und den günstigen Effekt bot nicht nur das klinische Bild dar, sondern auch die Harnanalyse. Meist wurde das Sperminum-Poehl bei Diphtherie, wie es ja auch rationell ist, in Kombination mit Diphtherie-Heilserum angewandt. In manchen Fällen wurde das Sperminum-Poehl zur Beseitigung, der nach der spezifischen Behandlung der Diphtherie auftretenden Paralysen angewandt (Wichert).

Am eingehendsten ist die Bedeutung der Beeinflussung des Stoffumsatzes durch Sperminum-Poehl für eine Infektionskrankheit bei Cholera asiatica studiert.

Ich hatte schon bereits erwähnt, dass ich durch Versuche direkt konstatiert habe, dass das Sperminum-Poehl einen unmittelbaren Einfluss auf die Cholerabazillen ausübt [29]), indem es ihre Virulenz vermindert. Meine Beobachtungen stehen mit den höchst interessanten Versuchen von Brieger, Kitasato und Wassermann in Einklang, denn die Erklärung dafür, dass die Cholerakulturen in einem Auszug der Thymusdrüse, die toxischen Eigenschaften einbüssen, ist damit geboten, dass die Thymusdrüse einen bedeutenden Spermingehalt aufweist. Ich meinerseits konstatierte, dass bei Gegenwart von Spermin, Kulturen von Cholera asiatica, die (von mir zuerst gefundene) Choleraroteaktion nicht geben.

Auf Grund von diesen Tatsachen haben im Alexander-Semenoff'schen Militärhospital zu St. Petersburg, der Oberarzt Dr. Rossi und die Ordinatoren Dr. Besser und Milaewsky eine grosse Reihe von Versuchen mit Sperminum-Poehl bei Cholera asiatica gemacht. Ich habe bei fünf Cholerakranken eingehende Harnanalysen ausgeführt. Die ausführlichen Krankengeschichten und Harnanalysen sind in meinem Buch: „Die physiologisch-chemischen Grundlagen der Spermintheorie nebst klinischem Material zur therapeutischen Verwendung des Sperminum-Poehl“ veröffentlicht und ich will mich hier nur auf das Resumé beschränken.

1) Da der Choleraerkrankung für gewöhnlich eine Autointoxikation vom Darm aus vorausgeht, so kann die rechtzeitige Einführung von Sperminum-Poehl, welches die im Darme entstehenden Leukomaine zerstört, einerseits der Verwandlung der nicht spezifischen Autointoxikation in die spezifische Choleraerkrankung vorbeugen, andererseits der weiteren Entwickelung der Cholerainfektion schon in den Anfangsstadien ein Ende machen.

2) Da die Choleraerkrankung unter Anderem durch ein scharf ausgesprochenes Sinken der Alkalescenz der Säfte (Acidosis) charakterisiert wird, so beseitigt die Einführung activen Spermins die herabgesetzte Gewebsatmung und erhöht die Alkalescenz des Blutes. Auf diese Weise wird der weiteren Entwicklung des Choleraprozesses entgegengearbeitet (in Folge der erhöhten Intraorganoxydation verbrennen die Leukomaine, und die Bedingungen zur Acidifikation der Säfte werden beseitigt).

3) Das Sperminum-Poehl übt, wie wir gesehen haben, einen unmittelbaren Einfluss auf die biologischen Eigenschaften der Cholerabazillen selbst aus, indem es ihre Virulenz vermindert

Vom urosemiotischen Standpunkt bietet die Cholera asiatica ein sehr konstantes Symptomkomplex. Wir finden leider in der Literatur keine Angaben über das Verhalten der Harnkoefficienten bei Cholera, mit Ausnahme einer Arbeit von G. Hoppe-Seyler (Berlin. klin. Wochenschr. 1892, p. 43), welcher auf Erhöhung der relativen Menge der gepaarten Schwefelsäuren (Koëfficient von Baumann-Morax) hinweist. Meine Harnanalysen weisen nach, dass in allen Fällen von

---

[27]) cf. v. Poehl, Die therapeutische Wirkung des Spermins, etc. 1907.
— Die physiologisch-chemische Grundlage der Spermintheorie, 1896.

[28]) Reitz u. Hase cf. A. v. Poehl, Die physiologisch-chemischen Grundlagen der Spermintheorie nebst klinischem Material zur therapeutischen Verwendung des Sperminum-Poehl, pag. 128 bis 131.

[29]) A. v. Poehl, Wratsch 1892 (russ.), No. 44. Einwirkung des Spermins auf die biologischen Eigenschaften der Cholerabazillen, Deutsche medic. Wochenschr. 1892 № 49.

Cholera der Robin-Poehl'sche Oxydationskoëfficient bedeutend herabgesetzt ist, dass ferner der Zerner'sche Koëfficient stets wesentlich erhöht ist (in manchen Fällen sogar um das Zehnfache). Nach Quinke und Cantani (Die Reaktion des Blutes bei Cholerakranken. Zentralbl. f. medizin. Wissensch. 1884, pag. 785) ist die Blutalkalescenz wesentlich vermindert, im algiden Stadium soll das Blut sogar sauere Reaktion aufweisen (C. Schmidt. Charakteristik d. epidem. Cholera. Leipzig, 1850. Roux, Thuillier et Nocard. Compt. rend. Soc. Biolog. 1883, pag. 565).

Dass nun das Spermin, als Katalysator der Intraorganoxydation die Elimination der bereits vorhandenen Toxine fördert, dass es ferner die Virulenz der pathogenen Mikroben herabzusetzen imstande ist, habe ich bereits eingehend besprochen. Die Sperminwirkung auf den erkrankten Organismus selbst aber findet ihren Ausdruck in der Begünstigung der Gewebsatmung, der Erhöhung der Blutalkalescenz und dem Auftreten der immunisierenden d. h. gutartigen Leukocytose.

Man muss, wie erwähnt in den die Leukocytose erregenden therapeutischen Mitteln im Allgemeinen und im Sperminum-Poehl im Speziellen, kein spezifisches Schutzimpfmittel erkennen, wie es manche mit Unrecht getan haben. Im Gegenteil diese Mittel und speziell das Sperminum-Poehl haben nur die Befähigung die Widerstandskraft resp. Resistentz des Organismus Infektionen gegenüber zu erhöhen.

Obwohl ich die Phänomene, welche bei der künstlichen Immunisierung hervorgerufen werden, nicht in den Kreis unserer Betrachtungen hineinziehen möchte, so muss ich doch darauf hinweisen, dass der Anwendung spezifischer Heilsera in Kombination mit Sperminum-Poehl nicht nur nichts im Wege steht, sondern dass sie sogar direkt indiziert ist, wie es die Beobachtungen bei Diphtherie und Streptokokkeninfektion (Prof. Reitz, Prof. Stange, Alfr. v. Poehl, Fick etc.) lehren.

Guthergestellte Heilsera enthalten stets Spermin wie ich solches im Behring'schen Heilserum bereits 1894 nachgewiesen habe [30]). Ich hatte Gelegenheit gehabt ein Diphtherieserum zu untersuchen bei dessen Herstellung man alte, aus dem Dienst wegen absoluter Untauglichkeit ausrangierte Pferde benutzt hatte. Dieses Heilserum erwies sich in der therapeutischen Praxis als schlecht und der Spermingehalt war ein ganz geringer. Das ist ja auch erklärlich, wenn man berücksichtigt, dass ein jugendliches und gesundes Individuum ein sperminreicheres Blutserum bei höherer Blutalkalescenz aufweist. Es ist a priori zu erwarten, dass bei Verwendung übermüdeter Tiere zur Herstellung von Heilsera schlecht wirkende Produkte gewonnen werden müssen. Ich glaube nicht, dass hierbei das von Weichardt und Stadlinger [31]) beschriebene Ermüdungstoxin die Schuld trägt, sondern die Produkte des Leukocytenzerfalls im sauren Medium (Produkte der bösartigen Leukocytose).

(Schluss folgt.)

---

[30]) A. v. Poehl, Wratsch 1894 Nr. 51 (russ.). Die Immunitäts- und Immunisationstheorien etc. D. Med. Woch. 1895, Nr. 6.

[31]) Stadlinger, Die Umschau 1907, Nr. 24 p. 467.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 9. Februar 1907.

Vorsitzender Meyer, Schriftführer Russow.

1. Herr Lackschewitz hält seinen angekündigten Vortrag «über Glaucom», indem er zunächst auf die Notwendigkeit aufmerksam macht immer wieder die praktischen Aerzte an diese Erkrankung zu erinnern, die c. 20% aller unheilbar Erblindeten liefert nicht zum wenigsten deshalb, weil ein grosser Teil der Erkrankten zu spät in Behandlung kommt. Unter 80 glaucomkranken Augen des Ref. waren 21 bei der ersten Vorstellung schon erblindet, weitere 20 der Erblindung so nahe, dass ein operativer Eingriff zur Erhaltung des Sehvermögens als aussichtslos unterlassen wurde. Nach genauer Schilderung des Wesens, der klinischen Einteilung in entzündliches (akut und chronisch) und einfaches Glaucom, geht er eingehender auf die sogen. Prodrome ein, deren Kenntnisse von grösster Bedeutung für jeden Arzt sind und schliesst daran die Symptomatologie der anderen Formen, deren Verlauf und Endausgang. Besonders hervorgehoben wird die von Haab gemachte Beobachtung, dass die Drucksteigerung bei einfachem Glaucom häufig Nachts oder Abends auftritt, zu einer Zeit also, wo die Patienten nicht zur Untersuchung kommen, woraus geschlossen werden kann, dass wohl in allen Fällen von Glaucom (auch den simplen) Tensionserhöhung — wenn auch zeitweilig — vorhanden ist.

Die verschiedenen Glaucomtheorien nur kurz streifend, wendet Vortragender sich zur Therapie und der Beurteilung ihrer Erfolge und kommt auf Grund der Veröffentlichungen der letzten Jahre sowie seiner eigenen Erfahrungen zum Resultat, dass noch immer die klassische Iridektomie Albrechts v. Gräfes, möglich frühzeitig — selbst prophylaktisch ausgeführt, die besten Resultate giebt. Zum Schluss wird die Prognose an der Hand der in den letzten Jahren erschienenen Sammelforschungen über die Dauererfolge der Glaucomtherapie besprochen, sowie die eventuell notwendigen Nachoperationen resp. medikamentösen Nachbehandlungen.

Aus eigenen Erfahrungen sei erwähnt, dass von 13 Augen die vom Vortragenden rechtzeitig operiert wurden und nachher länger als fünf Jahre in Beobachtung standen, 10 ihr Sehvermögen behalten haben, wie es gleich nach der Operation war, bei zweien ist es im Laufe von Jahren gesunken, eins ist erblindet.

(Autoreferat).

An der Diskussion beteiligen sich Russow und Lackschewitz.

2. Herr Graubner referiert kurz über einen Fall von hysterischer Sprachlähmung von 2-tägiger Dauer bei einer 38-jährigen Frau. Herr Riemschneider und Herr Meyer berichten gleichfalls über einige derartige Fälle von verschieden langer Dauer.

Sitzung vom 23. Februar 1907.

Stellvertretender Vorsitzender: Lackschewitz, Schriftführer: Russow.

1. Herr Lezius hält seinen angekündigten Vortrag: «Die Contraindikation für gynäkologische Untersuchungen.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren Kramer, Terrepson, Lezius, Graubner.

2. Herr Lezius berichtet über einen Fall von Abort und demonstriert das betreffende Präparat.

Sitzung vom 23. März 1907.

Vorsitzender: Meyer, Schriftführer: Russow.

1. Der Präses gedenkt in einem kurzen ehrenden Nachruf des Todes E. v. Bergmanns; die Anwesenden ehren das Andenken des Toten durch Erheben von den Sitzen.

2 Herr Meyer hält seinen angekündigten Vortrag: Wann ist der Kaiserschnitt indiziert?

Der Vortragende giebt zunächst einen historischen Ueberblick über die Stellungnahme der verschiedenen Autoren zu verschiedenen Zeiten gegenüber den Indikationen zum Kaiserschnitt. Was die Konkurrenzoperationen — Abort, Frühgeburt, Perforation, Symphyseo- resp. Pubiotomie anlangt, so besteht der künstliche Abort bei rechtzeitiger Kenntniss von vorliegendem hochgradig verengtem Becken auch heute noch zu Recht, richtiger dürfte bei dieser Sachlage aber wohl Verhinderung der Konzeption sein. Die künstliche Frühgeburt kommt erstens nicht für alle Grade der Verengerung in Frage und da wo sie relativ früh einzusetzen hat giebt die grosse Sterblichkeit der Kinder doch Anlass zum Bedenken. Schon

während des kurzen Anstaltaufenthaltes sterben 30%. — wieviel mehr nicht erst nach der Entlassung? Zu betonen ist auch die Schwierigkeit in der Bestimmung des richtigen Zeitpunktes, namentlich da ein Urteil über die Grösse des Köpfchens, oder seine Konfigurationsfähigkeit eigentlich unmöglich ist. Die Frühgeburt ist schon jetzt — oder wird wenigstens bald — ganz durch die Symphyseo- resp. Pubiotomie ersetzt werden. Die Perforation des lebenden Kindes wird jetzt wohl allgemein perhorresziert. Nach einem kleinen historischen Exkurs äussert Vortragender, dass von den Beckenerweiternden Operationen die Symphyseotomie von der Pubiotomie allmählich verdrängt wird. Ein grosser Vorteil dieser Operationen besteht darin, dass sie zu jeder Zeit der Geburt vorgenommen werden können. Die Mortalität der Kinder (19 Prozent) wird wohl nicht viel sinken, da die Zange häufig bei noch ungünstiger Stellung angelegt werden muss, die Mortalität der Mütter (11% bei Symphyseo-, 6% bei Pubiotomie) hingegen wird sicherlich bedeutend herabgesetzt werden. Es giebt Autoren (Cusmano) welche bei einer Konjugata vera von 6,5 cm. noch lebende Kinder bei dieser Operation entwickelt haben. Im Allgemeinen dürfte bei 7 cm. die Grenze sein. Ob ein Unterschied im Effekt der Pubiotomie bei plattem oder allgemein verengtem Becken (bei gleicher Conj. vera) vorliegt ist noch nicht entschieden.

Baisch giebt an, dass die theoretische Anschauung als wäre das platte Becken günstiger, nicht zu Recht bestehe.

Die Indikationen zum klassischen Kaiserschnitt haben stark variirt, heute gilt wohl als obere Grenze von Beckenverengerung im allgemeinen 6,5 cm. doch spielen hier verschiedene Momente eine Rolle, sodass sich diese Grenze noch weiter verschieben kann. Bei mehr als 7,5 cm wird wohl niemand einen Kaiserschnitt machen. Kontraindiziert ist der klassische Kaiserschnitt bei septischer Infektion des Uterus — hier kommt nur die Porrosche Operation in Frage; ferner bei Atresien der Vagina und Cervix-Carcinom. Die Eklampsie dürfte wohl nicht mehr als Indikation gelten. Zum Schluss berührt der Vortragende noch den Dührssen'schen sogenannten vaginalen Kaiserschnitt, welcher in vielen Fällen berechtigt ist, nur ist der Vortragende mit der Bezeichnung dieser Operation als Kaiserschnitt nicht einverstanden. Hierauf berichtet der Vortragende über einen Fall von klassischem Kaiserschnitt, den er selbst kürzlich Gelegenheit hatte auszuführen.

Frau E. S., Hebräerin 24 a. n. hat erst im Alter von 1½ Jahren das Gehen erlernt. Sie hat 5 Schwangerschaften durchgemacht, die erste und dritte endeten mit spontanem Abort; die zweite Gravidität erforderte bei der Geburt die Perforation des Kindes; das vierte Mal wurde in der 32. Woche die künstliche Frühgeburt mit Wendung versucht, wobei das Kind tot zur Welt kam, die fünfte Schwangerschaft wurde im Juni 1905 durch artefiziellen Abort unterbrochen. Die letzte Menstruation trat am 28. Okt. 1905 ein, die erste Kindsbewegung ward am 14. März 1906 bemerkt. Der Verlauf der Gravidität war bis auf geringe Uebelkeit normal.

Befund am 22. Mai 1906: Körperlänge 146 cm, Trochant. 32,4, Crist. 27,5, spin. 26,5, Conj. ext. 17,7, Tub. isch. 7,0. Die Symphyse ist hoch, das Promontorium des straffen Vaginalgewölbes wegen nicht bequem zu erreichen; in Narkose wird mit dem Beckenmesser des Verfassers (Demonstration) die Conj. vera auf 6,5 bestimmt.

Da die Patientin unter allen Umständen ein lebendes Kind wünscht, war die Sektio caesarea bereits im Dezember 1905 in Vorschlag gebracht und von der Patientin acceptiert worden. Am 20. Juli 1907 um 3 Uhr trat Frau S. mit schwachen Wehen in die Mellinsche Heilanstalt ein, um 8 Uhr wurden die Wehen stark, um 10 Uhr wird unter Chloroform-Narkose zur Operation geschritten. Bauchschnitt, leichte Diastase der mm. recti: die rechte Kante des Uterus wird durch die Wunde herausgeleitet, der ganze Uterus folgt bequem: Manuelle Compression des Cervix, medianer Schnitt vom Fundus abwärts; unter starker Blutung wird das Kind entwickelt, die Plazenta entfernt; unter der Naht kontrahiert sich der Uterus gut. Ca. 12 Zwirn-Suturen durch die Uteruswand, 17 in zweiter Etage das Peritoneum vereinigend. Das Peritoneum der Bauchwunde mit Katgut, die Fascien mit Zwirn, die Haut mit Silkworm vereinigt. Das Kind leicht asphyktisch, wird mühelos belebt.

Im Wochenbett wurden bis zum 12. Tage subfebrile Temperatur, die einmal 38,3 erreichten, notiert. Abgesehen hiervon war der Wundverlauf tadellos. Am 18. Tage wurden Mutter und Kind in gutem Gesundheitszustand entlassen.

Befund am 4. Aug. 1907. Narbe tadellos, Uterus liegt normal, gut beweglich. Das Kind soll sich gut entwickeln.

An der Diskussion beteiligen sich Russow, Kramer, Otto und Meyer.

2. Herr Meyer demonstriert nach einem kurzen Referat der betreffenden Krankengeschichte ein durch Operation gewonnenes sehr grosses Myom, welches sich im Stumpfe eines vor 12 Jahren supravaginal amputierten und damals extraperitoneal behandelten Uterus entwickelt hatte. Herr Meyer beantwortet dabei einige Fragen die von den Anwesenden gestellt werden.

Sitzung vom 13. April 1907.

Vorsitzender: Meyer, Schriftführer: Russow.

1. Herr Otto hält seinen angegündigten Vortrag: Zur Frage der postfebrilen Hochnormaltemperaturen nach Influenza.

(Der Vortrag ist in extenso in der St. Petersburger Med. Wochenschrift erschienen).

An der Diskussion beteiligen sich die Herren: Russow, Graubner, Meyer, Otto.

Sitzung vom 11. Mai 1907.

Vorsitzender: Meyer, Schriftführer: Russow.

1. Herr Klau demonstriert eine Patientin mit hysterischer Kontraktur des Hüftgelenkes und bespricht eingehend die Differentialdiagnose mit tuberkulöser Coxitis.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren: Kieseritzky, Terrepson, Klau, Russow.

2. Herr Pfaff hält seinen angekündigten Vortrag zur «Aetiologie der Sterilität der Frau».

(Der Vortrag erscheint in extenso in dieser Wochenschrift).

An der Diskussion beteiligen sich die Herren: Terrepson, Meyer, Graubner, Kieseritzky, Pfaff.

Sitzung vom 25. Mai 1907.

Vorsitzender: Meyer, Schriftführer: Russow.

1. Herr Russow hält seinen angekündigten Vortrag über einen «Fall von Phenacetinvergiftung».

(Vortrag erscheint in extenso).

An der Diskussion beteiligen sich Terrepson, Masing, Riemschneider, Russow.

Herr Meyer hält seinen angekündigten Vortrag «Zur Kasuistik der Inversio uteri».

Sitzung vom 14. September 1907.

Vorsitzender: Meyer, Schriftführer: Russow.

1. Herr Riemschneider hält seinen angekündigten Vortrag «über embryonale Blutbildung».

An der Diskussion beteiligen sich die Herren: Russow, Masing, Meyer und Riemschneider.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des Petersburger Militärbezirks, wirkl. Staatsrat Dr. Johann Lebedew, ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Der Gehülfe des Poltawaschen Gouvernements-Medizinalinspektors und Arzt am Poltawaschen Institut für adlige Fräulein, Staatsrat Dr. Afinogenow, ist zum Gouvernements-Medizinalinspektor von Ufa ernannt worden.

— Zum Oberarzt bei der Direktion der Kaiserlichen Theater in St. Petersburg und Arzt an der Kaiserlichen Theaterschule ist, an Stelle des soeben verstorbenen Dr. Hehn, der bisherige zweite Arzt der Direktion und der Theaterschule, Privatdozent Staatsrat Dr. Lipski, ernannt worden.

— Der Inspektor der Kiewer Militär-Feldscherschule und Privatdozent der Kiewer Universität, Staatsrat Dr. Lindström, ist zum ausserordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der Dermatologie und Syphilidologie an der Universität Tomsk ernannt worden.

— Sein 25-jähriges Doktorjubiläum beging in Riga am 31. Januar Dr. Isidor Brennsohn. — Der Jubilar, welcher seine medizinische Ausbildung und die Doktor-



würde an der Dorpater Universität erhalten hat, war viele Jahre praktischer Arzt und Inhaber einer orthopädisch-gymnastischen Anstalt in Mitau, siedelte aber im Herbst vorigen Jahres nach Riga über, wo er eine Schule für Massage und Heilgymnastik gründete. Bekannt ist Dr. Brennsohn namentlich durch seine biographischen Lexika «Die Aerzte Kurlands von 1825—1900» und «Die Aerzte Livlands von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart» geworden.

— Der Oberarzt des Stadtkrankenhauses in Odessa Dr. Ssabanejew ist auf sein Gesuch von diesem Amte entbunden und zum Ordinator der Marienabteilung dieses Krankenhauses ernannt worden. Die Leitung des städtischen Krankenhauses ist vom Stadtamte vorläufig dem Professor Ssērapin (Chirurg) übertragen worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 2. Februar in St. Petersburg der Oberarzt bei der Direktion der hiesigen Kaiserlichen Theater und Arzt der Kaiserlichen Theaterschule, wirkl. Staatsrat Dr. Anatol Hehn, im nahezu vollendeten 61. Lebensjahre. In Petrosawodsk geboren, widmete er sich dem Studium der Medizin an der mediko-chirurgischen Akademie in St. Petersburg. Nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1871 begann er seine ärztl. Tätigkeit als Marinearzt und setzte dann seine Studien an der Akademie fort, wo er sich namentlich mit der Chirurgie beschäftigte. Als der russisch-türkische Krieg i. J. 1877 ausbrach, übernahm er die Leitung des Lazaretts der Grossfürstin Thronfolgerin, gegenwärtig verwittweten Kaiserin Maria Feodorowna, auf dem Kriegsschauplatze. Im Jahre 1882 wurde er Arzt an den Petersburger Theatern und als im Jahre 1893 der Posten des Oberarztes der Kaiserlichen Theater kreiert wurde, erhielt er diesen Posten. Ausserdem fungierte er als Arzt an den städtischen Pferdeeisenbahnen und beschäftigte sich auch mit Privatpraxis. In allen diesen Stellungen erfreute er sich allgemeiner Liebe und Hochachtung. 2) Am 13. Januar in Kasan der Ordinator an der chirurgischen Universitätsklinik Dr. Peter Owtschinnikow im Alter von 34 Jahren. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1902 erlangt. 3) In Saratow der Sanitätsarzt von Nishni Nowgorod Dr. Alexander Jakowlew im 49. Lebensjahre nach 22-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er ist auf dem Bahnhofe in Saratow bei seiner Abfahrt nach Nishni-Nowgorod plötzlich verstorben. 4) Am 5. Januar in Kertsch der Arzt am dortigen Stadtkrankenhause Dr. Ariel Polessicki-Jachnin im Alter von 40 Jahren. In Kertsch geboren, liess er sich nach Absolvierung des Kursus an der Moskauer Universität i. J. 1894 in seiner Vaterstadt als Arzt nieder, wo er die letzten 11 Jahre am Stadthospital diente. Die Stadtverwaltung hat daher auch alle Unkosten für seine Beerdigung übernommen. 5) Am 18. Januar n. St. in der Nähe von Utrecht der berühmte holländische Ophthalmologe, Prof. Dr. H. Snellen, der namentlich durch seine zweckmässigen und daher überall gebrauchten Probebuchstaben (Testtypes) zur Bestimmung der Sehschärfe des Auges allgemein bekannt ist, im Alter von 74 Jahren.

— Dem Andenken Dr. E. Moritz' wurden in der Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte am 5. Febr. vom Präses folgende Worte gewidmet:

M. H. Sie wissen es ja, welch' eines Verlustes wir heute zu gedenken haben. Sie wissen, dass unser Ehrenmitglied, unser allverehrter Dr. Emanuel Moritz am 26. Januar nach kaum zweitägiger Krankheitsdauer einer croupösen Pneumonie erlegen ist, und dass wir ihn am 28. Jan. zu Grabe getragen haben. Ein ausgeprägtes Bild seiner Persönlichkeit und seines Lebens hat der Verstorbene uns hinterlassen. Es liegt in diesem Bilde etwas von antiker römischer Grösse: in seiner erhabenen Objektivität, in dieser zähen, zielbewussten Energie, in diesem Stoizismus auch gegenüber dem Leiden, ja dem Tode, dem er mehr als einmal kaltblütig ins Auge geblickt. Und doch war er so ganz ein Deutscher: in Wahrheitsdrang und Ehrenhaftigkeit, in der unbedingten Unterordnung unter den kategorischen Imperativ der Pflicht, in unverbrüchlicher Freundestreue, ja in seinem ganzen tiefen und reichen Gemüte, nicht am wenigsten auch in seinem liebenswürdigen Humor. M. war und blieb auch im Alter ein durchaus moderner Mensch, im besten Sinne. Bei aller Pietät gegen das Ueberkommene behielt er stets einen offenen Blick für die neue Zeit und ihre Aufgaben, wusste er jeden wahren Fortschritt zu würdigen. Das Neue nahm er nicht kritiklos hin, sondern er prüfte alles und das Beste machte er sich zu eigen.

Sein Leben war ganz der Arbeit geweiht, ja es war ein lebendiges Evangelium von den hohen Aufgaben des Arztes, vom Adel des ärztlichen Berufs. Es wurde ihm sehr schwer allmählich ein Stück seiner Arbeit nach dem andern aus der Hand legen zu müssen. Wenn wir aber das Glück eines Menschenlebens nach dem Goetheschen Wort bemessen dürfen: «Wer freudig tut und sich des Getanen freut — ist glücklich» — so sind wir wohl berechtigt dieses nun abgeschlossene Leben ein glückliches zu nennen.

Es ist in diesen Tagen manches treffliche von Herzen kommende Wort zu M.'s Gedächtniss gesprochen worden. Ein eingehender von Freundeshand geschriebener Nachruf wird eben in unsrer St. Pet. med. Wochenschrift gedruckt.

Hier wollen wir von dem grossen Gesamtbilde nur eine Seite betrachten: M.'s Stellung in unsrem Verein. Er gehörte zu unseren ältesten Mitgliedern (seit 1862), zugleich zu den anregendsten, produktivsten. Wie gross die Zahl der von ihm gebotenen Vorträge und Mitteilungen war, werden Sie aus einem dem erwähnten Nachruf beigegebenen Verzeichnis ersehen. Wie überall so auch in unsrer Mitte war M. zu einer führenden Rolle berufen. Nachdem er kurze Zeit (1869—70) als wissenschaftlicher Sekretär fungiert, hatte er 15 Jahre lang (1875—1890) unter v. Grünewaldt's Präsidium das Amt des Vizepräses inne. Dann war er während eines Jahrzehnts (1891—1901) unser Präses. In der Januar (Jahres-) Sitzung 1901, in der er dieses Amt niederlegte, hielt er noch seinen denkwürdigen Vortrag «Ueber Lebensprognosen» — einen der gediegensten, die je in diesem Verein gehalten worden sind. Zum Ehrenmitglied erwählt und damit aus der Zahl der aktiven Mitglieder ausscheidend, durch zunehmende Kränklichkeit am Besuch unsrer Sitzungen verhindert, hat er auch weiterhin und bis zuletzt die Geschicke des Vereins mit lebhaftem Interesse verfolgt. — Die grossen Dienste, die er durch seine Lebenswerke: die Gründung der «St. Pet. med. Wochenschrift» und des Deutschen Alexanderhospitals indirekt auch unsrem Verein geleistet, seien hier nur erwähnt. Sie bleiben unvergessen!

M. H.! ich glaube, wenn auch ein Andrer heute an dieser Stelle den Nachruf zu sprechen hätte, als der ihm persönlich so nahe gestanden — es könnten doch immer nur Worte höchster Bewunderung, tiefer Ehrfurcht und innigen Dankes sein, die ihm, Emanuel Moritz, im Namen dieses Vereins gewidmet würden. — Lassen Sie uns nun sein Andenken ehren, indem wir uns von unsren Sitzen erheben».

Von Universitäten und med. Instituten.

— Ruhige Arbeit will in den russischen Universitäten noch immer nicht festen Fuss fassen. So hat vor kurzem im Anatomikum der Moskauer Universität ein geringfügiger Vorfall eine Gärung hervorgerufen, die weitere Kreise um sich zu ziehen drohte. Während der Präparierübungen im Anatomikum hatte der Prosektor Dr. Stopnicki dem Studenten K. in barschem Tone eine Bemerkung gemacht, die der Zurechtgewiesene übel nahm und dabei bei seinen Kameraden moralische Unterstützung fand, indem sie ihre Arbeiten im Anatomikum einstellten und ein Meeting zur Beratung über diese Angelegenheit abhielten. Als nun der Dekan Prof. Sernow, welcher dem Studenten K. vergeblich nahelegte, sich beim Prosektor zu entschuldigen, den Stud. K. zu den Arbeiten nicht mehr zuliess, beschlossen die Studenten dieser Gruppe, dass diejenigen Studenten, die sich im Anatomikum beschäftigen, den Streik erklären sollen. Auch in den Vorlesungen der Mediziner machte sich die Streikbewegung bemerkbar. Vernünftigerweise wurde der Vorfall im Anatomikum von einer allgemeinen Fakultätsversammlung nochmals in Beratung gezogen und von dieser der Beschluss gefasst, dass der regelmässige Gang der Beschäftigungen wegen des zwischen einer Anzahl von Studenten und einem der Professoren entstandenen Missverständnisses unter keinen Umständen unterbrochen werden dürfe. Somit kann der Konflikt, der unliebsame Folgen nach sich zu ziehen drohte, als beigelegt betrachtet werden.

— Die feierliche Eröffnung des Psycho-Neurologischen Instituts erfolgte am 3. Februar im grossen Saale der Stadtduma. Der Präsident des Instituts Prof. Dr. Bechterew wies in seiner Eröffnungsrede auf die Aufgaben und die Bedeutung dieser Lehranstalt hin. In Russland seien ca. 300,000 Nervenkranke vorhanden, von denen nur 15,000 in Hospitälern untergebracht werden können, während die Mehrzahl inmitten der Bevölkerung lebe. Zur Ausrottung dieses Uebelstandes solle nun auch das Psycho-Neurologische Institut beitragen. Die Hauptaufgabe des Instituts werde in der wissenschaftlichen Bearbeitung der allgemeinen und experimentellen Psychologie, der Psychiatrie, der Neurologie, der Lehre vom Hypnotismus und der Suggestion, der allg. Soziologie, der Kriminal-Psychologie und mehrerer philosophischer Fächer bestehen. — In die Zahl der Hörer sind bereits mehr als 300 Personen aufgenommen, von denen ca. 40 Prozent freie Hörer sind.

— Am 3. Februar wurde hier auch das Haus eines in grossem Massstabe angelegten gynäkologischen In-

stituts (an der 5. Roshdestwenski-Strasse) eingeweiht, welches, von einer Gruppe von Aerzten gegründet ist. Als Direktor desselben fungiert Dr. Gerschuni. Das neue Institut, welches in 7 Stockwerken untergebracht ist, soll nicht weniger als 130 Zimmer enthalten, von denen allein 60 für die Kranken bestimmt sein sollen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die bekannte kaukasische Mineralwasserquelle «Narsan» in Kisslowodsk, welche bisher gegen 150,000 Eimer täglich lieferte, soll jetzt nur noch etwa 85,000 Eimer Wasser hergeben, doch soll neben der alten Quelle eine neue sich geöffnet haben, die täglich ca. 45,000 Eimer liefert. Im Hinblick auf die Gerüchte vom Versiegen der Narsanquellen bringt nun der Direktor der kaukasischen Mineralbäder Dr. Tilitschejew zur allgemeinen Kenntnis, dass der Vertrieb der Quelle keine Befürchtungen einflösse. Das beobachtete Fallen des Niveaus im Narsanbrunnen sei eine Folge der Einwirkung der Kohlensäure auf die Betonwände des Kaptagebrunnens und der dadurch entstandenen Risse. Die beunruhigenden Gerüchte hätten wahrscheinlich in den Vorarbeiten für die Reparatur des Brunnens ihren Ursprung. Der Vorrat an gefüllten Narsanflaschen betrage 1½ Millionen und die Füllung gehe ununterbrochen vor sich.

— Der Flecktyphus hat in Moskau seit dem Beginn des Dezembermonats einen epidemischen Charakter angenommen. Es sind über 40 Neuerkrankungen in der Woche registriert worden und auch viele Erkrankungen unter dem medizinischen Personal vorgekommen, von dem im städtischen Bassman-Hospital bereits zwei Feldscherinnen und ein Krankenwärter gestorben sind. Als Hauptherde des Typhus haben sich die Gefängnisse, ein Nachtasyl und das Bassman-Hospital erwiesen. Neben dem Flecktyphus haben auch die Erkrankungen an den natürlichen Pocken zugenommen: vom 30. Dezember bis zum 5. Januar waren 49 Erkrankungen gemeldet worden. In Moskau sind dabei ebenso wie in Petersburg die Hospitäler überfüllt, so dass im Laufe der ersten Hälfte des Januarmonats 1521 Kranke, darunter auch viele Schwerkranke, abgewiesen werden mussten.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. Jan. d. J. 13038 (232 mehr als in der Vorwoche), darunter 1280 Typhus — (168 mehr), 903 Syphilis — (51 mehr), 296 Scharlach — (14 wen.), 227 Diphtherie — (0 wen.), 82 Masern — (14 wen.), und 33 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 30. Dez. bis 5. Jan. d. J. im ganzen 1016 (539 M., 477 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 29, Febris recurrens 9 Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 31, Scharlach 19, Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 17, Kroupöse Lungenentzündung 59, Erysipelas 6, Grippe 25, Katarrhalische Lungenentzündung 117, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 260, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 123, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 64, Marasmus senilis 35, Krankheiten des Verdauungskanals 110, Totgeborene 52.

Am 12. Jan. d. J. betrug die Zahl der Kranken 13281 (243 mehr als in der Vorwoche.), darunter 1311 Typhus — (31 mehr), 952 Syphilis — (49 mehr), 282 Scharlach — (14 wen.), 230 Diphtherie — (3 mehr), 87 Masern — (5 mehr) und 39 Pockenkranke (6 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 6. bis zum 12. Dez. d. J. im ganzen 987 (522 M., 465 W.), darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 42, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 24, Scharlach 17, Diphtherie 22, Croup 0, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 85, Erysipelas 1, Grippe 29, Katarrhalische Lungenentzündung 96, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 264, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 119, Tuberculose anderer Organe 35, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 57, Krankheiten der Verdauungsorgane 116, Totgeborene 43.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 19. Febr. 1908.

Tagesordnung: Amburger: Ein Fall von traumatischer Rückenmarksläsion.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 11. Febr. 1908

Tagesordnung: 1. Ucke, Demonstrationen: a) Dunkelfeldbeleuchtung, b) Albuminometer nach G. Buchner.
2. Prof. Petersen: Zur Kasuistik der Vaginaltuberkulose.
3. Lingen: Ueber Tubentuberkulose.



SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Airol
Asterol
Sulfosotsirup
Thiocoltabl.
Thiocol

Thigenol

Synthetisches Schwefelpräparat.

Braune dicksirupöse, geruch- und geschmacklose Flüssigkeit.
Leichtresorbierbar, juckreiz- und schmerzlindernd, fleckt nicht die Wäsche.
Glänzend bewährt in der gynaecologischen Praxis und Dermatotherapie.
Thigenolseife enthält 10% Thigenol „Roche".

Sulfosotsirup

die idealste Form der Kreosot-Therapie

wegen seiner Billigkeit für die Kassenpraxis geeignet.
Tuberkulose, Keuchhusten, allgem. Schwächezustände, Skrophulose, Influenza.

Warnung! Sulfosotsirup ist nur echt wenn jede Flasche mit uns. Firma versehen ist.

Arsylin
Protylin
Brom-Protylin
Eisen-Protylin
Digalen

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & CIE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

способствуетъ накопленію въ организмѣ бѣлка и фосфора, повышенію окислительной энергіи, усиленію обмѣна веществъ и является поэтому однимъ изъ самыхъ дѣйствительныхъ укрѣпляющихъ средствъ. Образцы и литература высылаются г.г. врачамъ по требованію безплатно.

Покорнѣйше просимъ прописывать **„Санатогенъ фирмы Бауэръ и Ко."** во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками. Главное Представительство Санатогена, С.-Петербургъ, Большая Конюшенная, 29.

PRODUKTE aus den NATÜRLICHEN dem Wasser entzogenen SALZEN



VICHY

DIE QUELLEN GEHÖREN DER FRANZÖSISCHEN REGIERUNG

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Pastillen nach dem Essen fördern die Verdauung.
SEL VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Verdauungs-Wassers
COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Alkalisch-brausenden Wassers.

SEL *und* COMPRIMÉS *müssen in gekochtem, abgekühltem Wasser aufgelöst werden.*

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gescn. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des **„Pertussin"** war eine überraschende; wenngleich ich nicht sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so lose, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16.

(4) 0—30.

Statt Eisen! **Statt Leberthran!**

Haematogen HOMMEL

alkohol- und ätherfrei.

Frei von **Borsäure, Salicylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin, noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweissstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von höchstem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

- **Grosse Erfolge bei Rhachitis, Scrophulose, Anaemie, Frauenkrankheiten. Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.)
- **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern ausserordentlich gern genommen. Mächtig appetitanregend.**

Haematogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch

unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen,

gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Aether etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Mit unserem neuesten, auch im Geschmack bedeutend verbesserten **Haematogen Hommel.** können wir den Herren Aerzten ein **ideales, völlig reines, unbegrenzt haltbares Haemoglobin-Präparat** an Hand geben. Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir

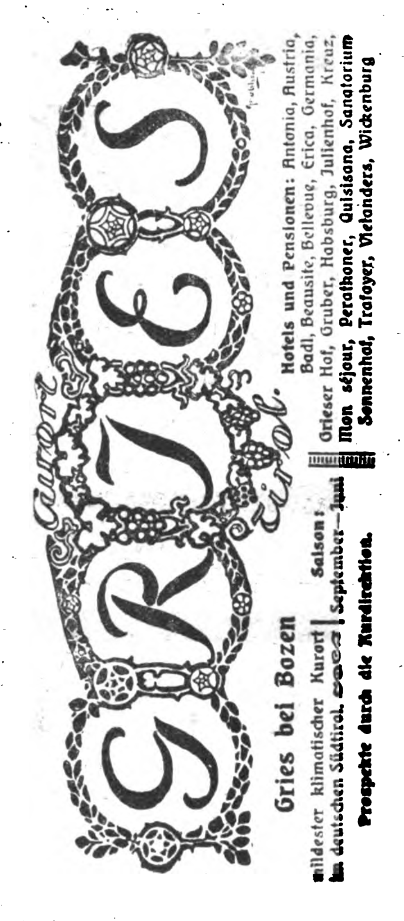
stets **Haematogen HOMMEL** zu ordinieren.

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **grössere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten gerne frei und kostenlos zur Verfügung.

Zu haben in allen Apotheken und Apothekermagazinen.

Nicolay & Co., St. Petersburg, Smolenskaja, 33, Zürich, Hanau a. M. und London.



Flüssige SOMATOSE

stellt eine wohlschmeckende, gebrauchsfertige Form der Somatose (Pulver) dar, welche als das beste appetitanregende, Gesundheit- und Nervenstärkendes Mittel für Erwachsene und Kinder bekannt ist.

Flüssige SOMATOSE

ist in allen Apotheken und Drogenhandlungen in folgenden zwei Sorten zu haben:

SÜSSE: Als süsse Flüssigkeit mit aromatischem Geruch (hauptsächlich für Kinder).

TROCKENE: Als Flüssigkeit deren Geruch an Suppenkräuter erinnert (in Speisen, hauptsächlich Fleisch- und Fisch-Suppen zu nehmen).

Literatur und Proben werden an die Herren Aerzte auf Verlangen gratis versandt durch das

Handelshaus
Friedr. Bayer & Co.
Moskau, Старая площадь, д. Адманъ.
St. Petersburg, Вас. О., 5. лин., № 18.



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.
Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,
(21) 52—5. St. Petersburg. Ofizerskaja 6, Quartier 37.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 7 St. Petersburg, den 16. (29. Februar). 1908.

Die therapeutische Beeinflussung der Ursachen gutartiger oder bösartiger Leukocytosen, welche den Ausgang der Krankheiten bedingen.

Von

Prof. Dr. Alexander v. Poehl.

Vortrag vom 16. Oktober 1907 in der russischen St. Petersburger Medizinischen Gesellschaft.

(Schluss.)

Wie wir aus nachstehendem ersehen, ist auch zu erwarten, dass der Gehalt an Antitoxin bei herabgesetzter Blutalkalescenz verringert sein muss, da die Bildung der Antitoxine durch das aktive Spermin gefördert wird.

Die geistreiche Theorie von Ehrlich über die Art und Weise, wie im Organismus die spezifischen Gegenkörper gegen Infektionsstoffe entstehen, ist allgemein bekannt und daher brauche ich nicht auf dieselbe zurückzukommen. Zumeist ist über die Immunisation die Anschauung verbreitet, dass die Krankheiten dadurch verhütet werden, dass erstens der Organismus die giftigen Stoffe durch Gegengifte neutralisiert, zweitens, dass er die lebenden krankheitserregenden Bakterien in seinen Körperflüssigkeiten auflöst und drittens, dass die Leukocyten die eingedrungenen Bakterien in sich aufnehmen und dort vernichten. Es wird gewöhnlich der wichtigste Faktor, nämlich die Funktion der Intraorganoxydation auf die ich zuerst hingewiesen [32]) ausser Acht gelassen, obwohl dieser Faktor von einzelnen Autoren in der Literatur aufs Eingehendste berücksichtigt worden ist. Ich will nur als Beispiel Armand Gautier [33]) anführen, der in seinem klassischen Werk „les toxines microbiennes et animales", die Bedeutung der Intraorganoxydation und speziell des Spermins eingehend bespricht. Wie bereits erwähnt, haben Senator, Loewy und Richter direkt am Ausbau dieser Immunisationstheorie gearbeitet.

Der erste, welcher auf die Wichtigkeit der vom Organismus ausgearbeiteten Produkte für die Immunität die Aufmerksamkeit gelenkt hat, ist entschieden Sir Lauder Brunton [34]) welcher bereits 1889 in den Organfermenten einen Faktor der Immunität erkannte.

Die Beeinflussung der biologischen Eigenschaften, speziell der Toxinbildung pathogener Mikroorganismen durch Oxydationsvorgänge habe ich 1886 nachgewiesen. Diese Versuche habe ich, wie bereits erwähnt, mit Kulturen von Cholera asiatica angestellt.

In einem Nährmedium, in welchem die Oxydationsprozesse begünstigt sind, (die ersten Versuche machte ich mit anorganischen Salzen und später mit Sperminum-Poehl) verliert die Choleraasiaticakultur einige ihrer spezifischen Eigenschaften. Die Stichkultur verflüssigt nämlich das Nährmedium und giebt nicht die Cholerarotreaktion (Indolreaktion). Die Cholera asiatica nimmt unter Einwirkung der die Oxydation anregenden Mitteln den Charakter von Cholera nostres an und verliert auch die Virulenz. Ich habe die Ueberzeugung,

[32]) A. v. Poehl, Die Immunitäts- und Immunisationstheorien etc. D. Med. Woch. 1895, Nr. 6.

[33]) Armand Gautier, Les toxines microbiennes et animales. Paris 1896 pg. 282—286, 358—361, 475—477.

[34]) Sir Lauder Brunton, Proc. Roy. Soc. 1889 XLVI p. 542.



dass bei normaler, resp. erhöhter Gewebsatmung viele pathogene Mikroorganismen ihre Toxidität einbüssen und nicht nur deswegen, weil die Toxine zerstört werden, sondern weil die biologischen Eigenschaften des Mikroorganismus, welcher unter gewissen anaëroben Bedingungen Toxine entwickelt, diese Eigenschaft unter aëroben Bedingungen einbüsst.

Die moderne Literatur weist übrigens eine Menge von Momenten auf, welche zu Gunsten dieser Ansicht sprechen.

A. Pappenheim [35]) hat in seiner theoretischen Serologie eine Menge von Tatsachen in dieser Richtung zusammengestellt, wobei er die Schutzvorrichtung des Organismus gegen bakterielle Infektion bespricht und zwar einerseits die Phagocytose, d. h. biologische Funktionsbetätigung der Zellen und andererseits die aus den Leukocyten abstammenden humoralen Immunkörper (Alexine, Ambozeptoren). In diesem Artikel bringt Pappenheim auch den Gedanken zum Ausdruck, dass vielleicht die Tuberkulin- resp. Paratuberkulintherapie mit Einführung der Nukleinsäure und myelolytischen Serums zu kombinieren wäre. Der Gedanke von Pappenheim ist gewiss ein richtiger, nur würde ich statt der Nukleinsäure die Spermintherapie in Vorschlag bringen [36]). Gleich darauf führt Pappenheim die Arbeiten von Bartel und Neumann an [37]).

J. Bartel [38]) gelang es durch Einwirkung von Lymphocyten auf Tuberkelbazillen in vitro deren Virulenz bei erhaltener Lebensfähigkeit aufzuheben. Diese Versuche hat Bartel mit Neumann fortgesetzt und hat nicht nur nicht in vitro, sondern auch in vivo experimentiert und zwar mit Leukocyten von Aleuronatexsudaten des Meerschweinchens, Kaninchens und Hundes.

Ich bin überzeugt, hätten diese Forscher ein Exsudat angewandt, welches unter Sperminwirkung erzeugt worden wäre, so hätten sie bessere Resultate erzielt, d. h. solche Effekte, wie die Versuche von Loewy und Richter mit Sperminum-Poehl ergeben haben.

Aus der angeführten Arbeit von Bartel und Neumann möchte ich hervorheben, dass diese Forscher 22 Tage lang Tuberkelbazillen im Brutschrank in einer Mazeration von Milzsubstanz (die, wie ich nachgewiesen habe recht sperminreich ist) züchteten und es zeigte sich, dass die Tuberkelbazillen avirulent geworden waren und bei damit geimpften Meerschweinchen nicht einmal lokale Reaktion auftrat. Die günstigen therapeutischen Effekte, die mit Sperminum-Poehl bei Tuberkulose erzielt sind, stimmen mit diesen Versuchen von Bartel und Neumann überein.

Wir haben schon erwähnt, dass die höchst interessanten Versuche von Brieger, Kitasato und Wassermann nachgewiesen haben, dass Cholerakulturen in einem Auszug der Thymusdrüse die toxischen Eigenschaften einbüssen. Dieses Faktum steht wahrscheinlich im Einklang mit dem Umstande, dass die Thymusdrüse auch einen hohen Spermingehalt aufweist.

Turro [39]) hat neuerdings Versuche angestellt die natürlichen Schutzkräfte des Kaninchens gegenüber dem Milzbrandbazillus zu steigern und zwar durch Injektion von Oviserum und Milzpulpa, also wiederum solchen Substanzen, welche — wie ich schon früher nachgewiesen habe, — sperminhaltig sind. Damit kann man sich auch die positiven Resultate von Turro erklären. (Es wurde der Tod der Tiere durch die Injektionen dieser Substanzen auf längere Zeit hinausgeschoben).

Wooldridge hat in gekochten Auszügen von Kalbsthymus oder Hoden Milzbrandbazillen kultiviert und auf diese Weise Immunisierung erzielt, was aber L. Brieger, Kitasato und Wassermann [40]) nicht bestätigen konnten für Milzbrand.

Brieger, Kitasato und Wassermann haben in alkalischer Thymusbouillon, Tetanus, Diphterie, Typhus, Erysipel, Milzbrand und Schweinerotlauf kultiviert und es erwies sich in der Tat, dass dieses Extrakt die Giftwirkung ganz ausserordentlich herabsetzt. Wir haben es hier offenbar wiederum mit der Beeinflussung der Kulturen durch den Spermingehalt obenerwähnter Organe zu tun. Wir können nicht umhin auch noch darauf hinzuweisen, dass bei Anwendung von Sperminum-Poehl bei Infektionskrankheiten, die Einwirkung dieses Mittels auf die gestörte Herztätigkeit ausser allem Zweifel steht. Klinische Beobachtungen sind von Bötlingk, Filipps, Finkelstein, Hirsch, Hübbenet, Injassewsky, Klimantowitsch, Kostjurin, Maximowitsch, Mrotschkowsky, Maurus Fisch, Nagubnoff, Nikolsky, Preis, Rostschinin, Schafranoff, Shichareff, Sokoloff, Zakrshewsky [41]) u. and. ausgeführt worden und stehen in Einklang mit den Versuchen von Kuljabko, Kakowsky und Proshansky am isolierten Herzen.

Prof. Kuljabko [42]) hat die Aufhebung der Arrhythmie des mit Chloroform, Alkohol und Nikotin vergifteten isolierten Herzens durch Sperminum-Poehl zuerst festgestellt.

Kakowsky [43]) hat darauf unter Leitung von Prof. Kobert die günstige Einwirkung des Sperminum-Poehl auf isolierte Herzen konstatiert, die schwere Arrhythmie infolge verschiedener Umstände, darunter auch infolge von Digitalis-Vergiftung, zeigten.

Proshansky [44]) hat unter Leitung von Prof. S. A. Popoff die schädigende Einwirkung von Guanidin und Hypoxanthin auf das isolierte Herz studiert und darauf das vergiftete Herz durch Sperminum-Poehl wieder zur normalen Tätigkeit gebracht.

Diese klassischen Versuche erklären uns die günstige Einwirkung des Sperminum-Poehl bei schweren Autointoxikationen; diese Resultate sind erzielt durch die

[35]) Pappenheim, Fol. Haemathologica 1906, Nr. 5 p. 285.

[36]) Ich schliesse mich vollständig der Ansicht von Metschnikoff an, dass die bakterienfeindlichen Wirkungen der Nukleinsäure (nach Kossel) nicht speziell der letzteren zuzuschreiben sind, da wie Metschnikoff bemerkt, auch im alkalischen Medium, wie in den Riesenzellen der Tuberkeln, Bakterienzerstörung stattfindet. Und in seiner Arbeit (Metschnikoff, VI-ième mémoire, sur la destruction extracellulaire des bactéries dans l'organisme, Annales Pasteur, 1905, p. 301) giebt Metschnikoff zu, dass eine bakterizide Wirkung durch gelöste Stoffe, die von den Leukocyten in einem vorübergehenden Stadium der Phagolyse ausgesondert werden, stattfindet. Diese Ansicht von Metschnikoff kommt meiner Spermintheorie sehr nahe.

[37]) Bartel und Neumann, Lymphozyt u. Tuberkelbazillus, Zentralblatt für Bakt. Bd. XL, H. 4.
Fol. Haemathologica 1906, Nr. 5, pag. 312.

[38]) J. Bartel, Die Bedeutung der Lymphdrüsen als Schutzorgan gegen Tuberkuloseinfektion, Wien. Klin. Wochenschr. 1905, pag. 1049.
Fol. Haemathologica Nr. 5, pag. 312.

[39]) R. Turro, Beiträge zum Studium der natürlichen Immunität, Zentralbl. f. Bakteriologie 36, I Fol. haematologica 1904, p. 517.

[40]) L. Brieger, Kitasato u. Wassermann, Jahresb. d. T. Ch. 1892, p. 652—655. (Z. f. Hyg. 12. p. 137—182)

[41]) v. Poehl: Die physiologisch-chem. Grundlage der Spermintheorie etc.
v. Poehl: Die therapeutische Wirkung des Sperm.-Poehl bei Infektionskrankheiten.

[42]) Kuljabko, Ber. d. Kaiserl. Akad. d. Wissenschaft. zu St. Petersburg. Bd. XVI Bd. XVII, 1902. Arch. f. ges. Physiol. Bd. 97. 1903.

[43]) Kakowsky, Ueber die Einwirkung verschiedener Substanzen auf das isolierte Herz (russ.) 1904. Dissert. aus dem Labor. von Prof. Kobert in Rostock.

[44]) Proshansky, Zur Pharmakologie des Sperminum-Poehl. Diss. Charkoff. 1906 (russ.); Russk. Wratsch. 1906 No. 46.

Eigenschaft des Sperminum-Poehl die Intraorganoxydation resp. die Gewebsatmung zu erhöhen.

Im kranken Organismus wird die Herztätigkeit zur Norm gebracht nicht nur durch die Entgiftung der Toxine infolge der Oxydation, sondern auch durch den Umstand, dass durch die Erhöhung der osmotischen Spannungen im Organismus, dem Herzen die Arbeit erleichtert wird [45]).

Das Sperminum-Poehl als Osmotikum beeinflusst ebenfalls günstig die Nierentätigkeit (Goldberg, Langheld, Podkopaeff, Romanowsky, Sokoloff, Zickel u. and. [46]).

Einige neuere Arbeiten auf dem Gebiete der physikalischen Chemie und einige Beobachtungen, die ich mit dem Spermin gemacht habe bringen einiges Licht in das Dunkel der Wirkung der Katalysatore im Allgemeinen und des Spermins im Speziellen. Ich habe schon früher in dem Spermin einen positiven Katalysator der Oxydationsvorgänge im Organismus erkannt und gleichzeitig darauf hingewiesen, dass dieser Vorgang nicht nur nicht eine Kraft, die wir nach Kalorien messen erzeugt, sondern gleichzeitig auch eine kynetische Kraft, nämlich die Erhöhung des osmotischen Druckes. Letzteren Umstand erklärte ich damit, dass das Eiweissmolekül welches ein enorm hohes Molekulargewicht aufweist und gar nicht befähigt ist osmotischen Druck zu erzeugen durch die Oxydation in eine grosse Anzahl von Spaltungsprodukten zerfällt, die ein geringes Molekulargewicht und ein verhältnissmässig hohes osmotisches Vermögen haben. Damit ist auch die Erklärung gegeben für die Einwirkung des Spermins auf die Autointoxikation und die Fortschaffung der Produkte des regressiven Stoffwechsels aus den Geweben und aus dem Organismus.

Auf Grund meiner Versuche komme ich [47]) jetzt zum Schluss, dass wir bei der Sperminwirkung noch einen wichtigen Faktor in Betracht zu ziehen haben, den ich früher ausser Acht gelassen habe, nämlich die Erzeugung elektrischer Energie.

Wasser in CC	50	50	50	50
Spermin (Sperminum-Poehl pro injektione in ampull.). . . .	0,04	0,007	0,004	0
$CuCl^2$ (14:1000 Lösung) in CC	4	4	4	4
Mg (in Pulver)	0,5	0,5	0,5	0,5
H in CC (bei $t = 0^\circ$ u. $H = 760$ mm) ausgeschieden	432,5	431,6	432,9	65,8
H in CC (bei $t = 0^\circ$ u $H = 760$ mm) ausgeschieden nach Zusatz von 3 CC H Cl ($d = 1,124$) beim Schluss des Versuches .	25,8	25,9	26,1	394,2
Gesammtmenge von H	458,3	457,5	459,0	460,0

1892 hatte ich bereits festgestellt, dass das Spermin bei der Einwirkung von Kupferchlorid auf metallisches Magnesium katalytisch die Oxydation des Magnesiums beschleunigt und gleichzeitig die Ausscheidung des Wasserstoffs fast auf das Zehnfache in einer gegebenen Zeiteinheit vermehrt.

Die ausgeschiedene Wasserstoffmenge kann uns als Maass für die Elektrizitätsmenge dienen [48]). Die Einheit der Elektrizitätsmenge ist ein Coulomb. Die Entwickelung von 1,01 g. Wasserstoff entspricht 96540 Coulombs. Ein Strom, welcher in jeder Sekunde ein Coulomb durch den Leiter führt, heisst ein Ampere. Damit also ein Strom von einem Ampere 1,01 g. Wasserstoff entwickelt, muss er 26 Stunden und 49 Minuten durch den Elektrolyten gehen.

1 Ampere Stunde entwickelt 0,0378 g. resp, 421,9 CC. Wasserstoff.

Es wird also durch die Anwesenheit der ungemein kleinen Menge von Spermin = 0,004 unter obenerwähnten Umständen die enorme Quantität von Elektrizität entwickelt, welche 3765 Coulombs oder ungefähr einer Ampere-Stunde entspricht. Hierbei sehen wir, dass das Spermin als Katalysator einwirkt, da in Gegenwart von 0,04 fast ebensoviel Elektrizitätsmenge gebildet wird, wie bei 0,004.

Smirnow [49]) war meines Wissens der erste, welcher 1892 im Kaiserl. St. Petersburger Institut für experimentelle Medizin nachgewiesen hat, dass die elektrolysierten Toxine an Giftigkeit einbüssen, resp. aus dem Gift ein Antitoxin sich bildet. Nach seiner Ansicht scheint das Antitoxin nichts anders zu sein als ein oxydiertes oder hydroxyliertes Toxin und die Wirkung der Elektrizität auf das Toxin erklärt sich einfach durch die von ihr in der Flüssigkeit ausgelösten chemischen Reaktionen.

Nach L. A. Marmier [50]) zerstören der konstante Strom, sowie die Wechselströme geringer Frequenz die Bakteriengifte durch Bildung von Chlor und Hypochloriten [51]).

Später hat sich S. Dziergowski [52]) mit dieser Frage abgegeben und kommt auch zur Ueberzeugung, dass sich das Antitoxin durch Oxydation aus dem Toxin im Organismus bilde.

Schliesslich hat auch N. O. Sieber [53]) in demselben Institute für experimentelle Medizin die Frage der Zer-

[45]) A. de Poehl, D'un rapport entre les oxydations intraorganiques et la production d'énergie cinétique dans l'organisme, Compt. rend. de l'Académie des sciences Paris, 24 Avril 1899. Der osmotische Druck der Körpersäfte in seiner Beziehung zur Entstehung und Beseitigung von Krankheitszuständen. Zeitschr. f. diätet. und physik. Theor. 1900. Bd. VI, Heft 1.

[46]) cf. v. Poehl, Die physiol.-chem. Grundlagen der Spermintheorie etc. 1896.
— Die therapeutische Wirkung des Sp.-P. auf Infektionskrankheiten. 1906.

[47]) A. de Poehl, L'oxydation intraorganique et la charge électrique des leucocytes comme agents importants de l'immunisation. Compt. rend. de l'Académie des Sciences. Paris 2 Sept. 1907.

[48]) Ostwald, Grundlinien der anorg. Chemie, p. 201.

[49]) G. Smirnow, Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 27. J. d. T. Ch, 1896, Seite 989.

[50]) Marmier, Ann. Pasteur, 1896, p. 469.

[51]) Ich möchte hier auf eine Bemerkung von Prof. Nernst aufmerksam machen, die wir in seiner Theoretischen Chemie, II. Aufl. 1898 pag. 675 finden: «Der Druck, mit dem das abgeschiedene Jon gasförmig entweicht, oder die Konzentration, mit der es sich löst, hängt lediglich von der Spannung ab, mit der man elektrolysiert; mit anderen Worten, man kann die aktive Masse in ganz beliebiger Weise durch Anwendung verschiedener polarisierender Kräfte variiren. Wir haben es also beispielsweise in der Gewalt, das Chlor an der Anode im Zustande einer mehr als homöopathischen Verdünnung auftreten oder aber mit Drucken, die nach Millionen von Atmosphären zählen, sich entwickeln und chemisch einwirken zu lassen. Es kann demgemäss nicht zweifelhaft sein, dass man z. B. bei der Herstellung organischer Präparate auf elektrochemischem Wege alle möglichen Stufen der Chlorierung wesentlich durch Variationen der Spannung wird erzielen können. Freilich wächst ja die Stromdichte, auf die man eher zu achten pflegt, mit der Spannung und steht mit dieser Grösse daher in enger Beziehung, aber sie hängt doch auch noch von der Form der Elektroden und dem spezifischen Widerstand des benutzten Elektrolyten ab und kann demgemäss keineswegs als das Maass der Fähigkeit eines Stromes, zu chlorieren, oxydieren, reduzieren u. s. w. angesehen werden.

[52]) Dziergowski, J. d. T. Ch. 1897, p. 913.

[53]) Sieber, J. d. T. Ch. 1902, p. 892.

störung der Toxine mittels der Peroxyde und der Oxydasen tierischen und pflanzlichen Ursprungs geprüft. (Arch. d. sciences biolog. St. Pétersbourg 1892, No. 2).

Professor Fürst Tarchanow und Alfred v. Poehl[54]) haben die Zerstörung des Neurins durch Einführung von Sperminum-Poehl in dem Organismus durch Tierexperimente direkt nachgewiesen.

Aus allem Obenerwähnten ist ersichtlich, dass die Gewebsatmung, resp. ein wesentlicher Faktor derselben, das Spermin, katalytisch die elektrische Energie im Organismus beeinflusst und damit nicht nur nicht die Oxydationsprozesse anregt, sondern gleichzeitig auch einen gewiss sehr bedeutenden Einfluss auf die Immunisation resp. die Zerstörung der Toxine ausübt. Ich erkenne aber ausserdem in der katalytischen Beeinflussung der elektrischen Energie durch das Spermin auch ein Moment, welches uns das Rätsel der Leukocytose und besonders der Phagocytose löst.

Die günstigsten Momente der elektrischen Leitfähigkeit sind offenbar unter normalen Bedingungen der Blutalkalescenz vorhanden und damit erklärt sich die Wichtigkeit der erhöhten Blutalkalescenz für die Immunität, weil bei erhöhter Blutalkalescenz die Anwesenheit von Neutralsalzen[55]) im Blute am grössten ist. Denn das normale Blut ist eigentlich eine saure Flüssigkeit vom chemischen Standpunkt betrachtet, was Maly seinerzeit schon hervorhob und als Beleg dafür auf die Anwesenheit der freien Kohlensäure im Blute hinwies.

Wolfgang Pauli[56]) hat sich eingehend mit Untersuchungen über die elektrische Ladung von Eiweiss und ihre Bedeutung in Hinsicht der Fällbarkeit derselben beschäftigt. Eine grosse Reihe von elektrischen Konvektionsprüfungen ergab, dass ein sorgfältig von Elektrolyten befreites Eiweiss keine erkennbare elektrische Ladung zeigt. Ebenso erweist sich auch jeder der eiweissartigen Bestandteile des Serums, Albumin, Pseudo- und Euglobulin, bei Abwesenheit von Elektrolyten als elektrisch ungeladen. Spuren von Säuren, wie saure Salze erteilen dem Eiweiss eine positive, Laugen, Carbonate, sekundäre und tertiäre Alkaliphosphate dagegen eine negative Ladung.

Wir führen hier die hochinteressanten Resultate der Untersuchungen von Pauli an: Das salzfreie, unelektrische Eiweiss wird nach Pauli im Gegensatz zum natürlichen durch Fe-, Cu-, Hg-, Pb-, Zn-Salze nicht ausgeflockt: das elektropositive Metallhydroxyd, der eigentliche eiweissfällende Bestandteil, findet hier kein Kolloid mit entgegengesetzter elektrischer Ladung vor. Der Alkohol, ein Nichtelektrolyt, fällt die Eiweisskörper durch Verdrängung derselben aus ihrem Lösungsmittel, dem Wasser. Dementsprechend wird unelektrisches Eiweiss durch Alkohole mächtig gefällt. Ladet man jedoch das Eiweiss positiv oder negativ, so wird die Fällbarkeit durch Alkohol gehemmt oder völlig aufgehoben, da die abstossenden elektrischen Kräfte zwischen den kleinsten Eiweissteilchen dem Zusammenfliessen oder flocken derselben durch Oberflächenspannung entgegenwirken. — Die Tatsache, dass das Eiweiss in den Gewebssäften, im Gegensatz zu dem unelektrischen Eiweiss durch die positiven Schwermetalle fällbar ist, zeigt die negative Ladung des nativen Eiweisses an. Diese Ladung kann nur den von seinen Salzen, und zwar von Karbonaten und Phosphaten abgespaltenen HO. Jonen entstammen. (Beitrag z. chem. Physiol. u. Pathol. 3. 225; 5, 27; C. 1903. I. 40; 1904. I. 733). Wird das Eiweiss durch leichtes Ansäuern elektropositiv gemacht, so werden, wie es nach der Theorie zu erwarten ist, die früher fällungswidrigen Bromide, Jodide und Rhodanide zu starken Eiweissfällern und die vorher fällenden zu hemmenden Salzen. Die gleiche Umkehr der Jonenwirkungen wie durch Säuren wird auch durch Zusatz von Salzen der Erdalkalien Ca, Ba, Sr zu natürlichem Eiweiss bewirkt, auch in diesem Falle wird ein Umschlagen der Eiweissladung aus einer negativen in eine positive eintreten, da die neutralen Erdalkalisalze durch Umsetzung mit den Salzen der tierischen Flüssigkeiten zu einer Säuerung führen. — Das Wesen des elektrischen Zustandes der Zellen veranschaulicht Pauli, an den elektrischen Eigenschaften von Proteïnstoffen. Nimmt ein etwa in verdünnten HCl schwebendes Eiweissteilchen eine positive Ladung an, so muss es mehr positive H — als negative Cl-Jonen aufnehmen, d. h. für Jonen halb durchlässig sein. Die elektrischen Erscheinungen an tierischen Zellen, wie Muskeln, Nerven, Blutkörperchen, sind auch in neuerer Zeit von verschiedenen Forschern (Oker-Blum, Bernstein, Höber), auf ihre Halbdurchlässigkeit für Jonen zurückgeführt worden. Wolfgang Pauli weist auf die grosse Verwandschaft zwischen den Kolloid — und den Immunkörperreaktionen hin. Auch zwischen Immunkörperreaktionen und den Befruchtungsvorgängen erkennt er mehr als zufällige Aehnlichkeiten.

A. F. Drschewetzky[57]) hat bereits in seinen Untersuchungen über das Verhalten der roten Blutkörperchen zum Wechselstrom nachgewiesen, dass der Wechselstrom, falls die ihn begleitenden Erscheinungen, die Elektrolyse und die Erwärmung durch die Versuchsanordnung ausgeschlossen sind, keine merkliche Wirkung auf die roten Blutkörperchen ausübt und dass die Stärke und Spannung des Stroms an und für sich, wie auch der Widerstand des Mediums, in welchem sich die Blutkörperchen befinden, wirkungslos bleiben. Ob dieses Verhalten von einer besonderen spezifischen Resistenz der roten Blutkörperchen dem elektrischen Strom gegenüber herrührt, oder ob diese den Strom absolut nicht leiten und daher seine Wirkung nicht erfahren, lässt Drschewetzky unentschieden.

Diese Beobachtungen von Drschewetzky sprechen dafür, dass die roten Blutkörperchen offenbar wenig elektrische Ladung aufzunehmen imstande sind. Die Leukocyten sind dagegen wie ich mich überzeugte, dank ihrer chemischen Labilität, viel mehr geneigt elektrische Ladung aufzunehmen[58]).

Hankin[59]) hat bereits 1892 darauf hingewiesen, dass die eosinophilen Leukocyten die Quelle der Alexine sind. Der Zusammenhang zwischen den eosinophilen Zellen und dem Spermin, haben von Leyden und ich erkannt. Bei den eosinophilen Zellen kann man a priori, nach den Versuchen von Pauli, erwarten, dass dieselben negative elektrische Ladungen aufnehmen müssen, da ihr Färbungsvermögen durch Eosin, also einem sauren Farbstoff, für die Anwesenheit basischer Verbindungen in der Masse des eosinophilen Leukocyten spricht. Dies steht auch im Einklang mit den klassischen Untersuchungen von Pappenheim[60]) auf dem Gebiete der Farbchemie.

Damit ist aber durchaus nicht gesagt, dass nur die eosinophilen Leukocyten elektrische Ladungen aufnehmen können und bei der Immunisation sich beteiligen. Im Gegenteil, die Untersuchungen von Pappenheim[61]) und diejenigen von Blumenthal[62]) sprechen dafür dass auch andere Leukocyten reagieren können.

Die Färbbarkeit der Bakterien zeigt, dass dieselben ein saures Substrat aufweisen, folglich positiv geladen sind. Dabei scheint der saure Charakter der Bakterien ein konstanter zu sein, während die Leukocyten eine ungemein grosse chemische Labilität besitzen und daher

[54]) Fürst Tarchanoff, Alex. u. Alfr. v. Poehl, Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 1906, Bd. 1.

[55]) Die Bedeutung der Neutralsalze bei der Jonisierung cf. Ostwald. Die wissenschaftl. Grundlagen der analytischen Chemie. III. Aufl. 1901, p. 48.

[56]) Wolfgang Pauli, Chem. Zentralblatt 1906, I. Teil. p. 376—377. Ueber die elektrische Ladung von Eiweiss und ihre Bedeutung. Naturwissensch. Rundsch. 21, 3—5 u. 17—20. (4. Jan. 1906) (5. Dezemb. 1906. Vortrag in der morpholog.-physiol. Gesellschaft in Wien.

[57]) Drschewetzky, Chem. Zentralblatt 1906, I. Teil, p. 252. Petersburg, Klinik des Prof. Janowsky.

[58]) A. de Poehl, L'oxydation intraorganique et la charge électrique des leucocytes comme agents importants de l'immunisation. Compt. rend. de l'Acad. des Sciences de Paris, 2 Sept. 1907.

[59]) E. H. Hankin, Jahresbericht d. T. Ch. 1892, p. 644.

[60]) A. Pappenheim, Grundriss der Farbchemie, 1901, Berlin.

[61]) A. Pappenheim, Fol. haem. 1906, No. 9.

[62]) Alfred Blumenthal, J. d. T. Ch. 1904, p. 183.

ihr Substrat unter Umständen nicht nur alkalische, sondern bei Acidosis auch neutrale oder saure Reaktion aufweist.

Nach den Versuchen von Pauli wird leicht ein Umschlagen der elektrischen Ladung der Leukocyten vorsichgehen. Dieses Umschlagen der positiven Ladung der Leukocyten in die negative und umgekehrt spielt offenbar bei der Leukocytose und Phagocytose und bei der positiven und negativen Chemotaxis die wesentlichste Rolle.

Wenn die Leukocyten eine negative Ladung aufweisen, wie es der Fall bei erhöhter oder normaler Blutalkalescenz ist, so müssen sie die positiv geladenen Bakterien anziehen und es findet die gutartige Leukocytose, resp. Phagocytose statt. Sind dagegen die Leukocyten, dank einer Acidosis der Gewebssäfte, in Folge von Uebermüdung, psychischen Einflüssen etc. positiv geladen, so muss das Umgekehrte eintreten, nämlich die Abstossung und wir haben die Erscheinung der bösartigen Leukocytose (negative Chemotaxis), wie sie stets im kachektischen und praemortalen Zustand auftritt.

Bei erhöhter Blutalkalescenz veranlassen die organischen Basen, die Karbonate, die sekundären und tertiären Alkaliphosphate, (welche nach den Untersuchungen von Barrat[63]) offenbar in den Leukocyten enthalten sind) die negative elektrische Ladung und damit sind die Bedingungen geschaffen für die positive Chemotaxis, resp. für die Leukocytose und Phagocytose.

Da nun, wie wir gesehen haben, das Sperminum-Poehl den stärksten Einfluss auf die Blutalkalescenz (nach Loewy und Richter) ausübt und gleichzeitig katalytisch die Erzeugung elektrischer Energie fördert, so wird die rätselhafte Einwirkung des Sperminum-Poehl auf die gutartige Leukocytose und mithin auf die Immunität leicht erklärlich.

Einen weiteren Beleg für die Richtigkeit dieser Theorie sehe ich in folgenden Tatsachen:

Es ist bereits von Albert Robin[64]) hervorgehoben worden, dass Metall in kolloidem Zustand, oder metallische Fermente, wie er es nennt, als Heilmittel bei Infektionskrankheiten zu verwenden sind.

H. J. Hamburger[65]) hat die Frage der Katalisierung, resp. Beschleunigung der unter normalen Umständen langsam verlaufenden Oxydation toxischer Bakterienprodukte durch kolloidales Silber geprüft. Es ergab sich, dass für das kolloidale Silber schon die Applikation sehr geringer Mengen — $^{58}/_{10000000}$ Grammatome noch in 2 CC toxischen Serums wirksam waren.

Neuerdings hat Dr. Proshansky[66]) konstatiert, dass er bei Infektionskrankheiten durch therapeutische Kombination von Sperminum-Poehl mit kolloidalem Silber ausgezeichnete Effekte erzielt hat.

Es ist ja klar, dass wenn die elektrische Spannung in den Gewebsflüssigkeiten eine Rolle in der Immunisirung spielt, die Einführung kolloidaler Metalle unter Umständen (d. h. bei normaler Blutalkalescenz) günstig wirken muss. Ich glaube, dass auch die Quecksilbertherapie der Syphilis und der Pneumonien auf dieses Faktum zurückzuführen ist. Doch ausdrücklich betone ich hierbei — unter Umständen, denn gerade bei der therapeutischen Anwendung von kolloidalen Metallen hat die Blutalkalescenz eine grosse Bedeutung. Wenn also Proshansky bei der Kombination von Collargol mit Sperminum-Poehl solche Resultate erzielt hat, wenn Preis bei der Kombination von Sperminum-Poehl bei Quecksilberkuren, wenn Professor Schwimmer bei Rupia syphilitica (bei der die Quecksilberbehandlung vorangegangen war) mit Sperminum-Poehl gute Resultate erzielt hat, so ist das eben darauf zurückzuführen, dass das fein verteilte Metall bei hoher Blutalkalescenz die negative elektrische Ladung der Leukocyten begünstigt.

Dass ein Teil der elektrischen Energie in Wärme umgesetzt wird und die Fiebertemperatur daher von der Leukocytose in Abhängigkeit steht, ist kaum zu bezweifeln.

Ich halte es für nötig hier noch kurz zu erwähnen über Versuche, die ich in Gemeinschaft mit Fürst Tarchanoff, Dr. Nesteroff und Alfr. v. Poehl anstelle, um die Wirkung von Sperminum-Poehl auf tuberkulöse Kühe zu prüfen.

Es ergab sich, dass bei Behandlung tuberkulöser Kühe mit Sperminum-Poehl nicht nur eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens auftrat, sonder wir konstatierten auch, dass Kühe, die früher heftige Tuberkulinreaktionen gaben nach den andauernden Injektionen von Sperminum-Poehl auf die Tuberkulinreaktion nicht mehr reagierten. Natürlich wurden bei diesen Tuberkulinversuchen alle Vorsichtsmassregeln nach Vallet etc. befolgt. Kontrollversuche mit dem Calmette'schen Ophtalmo-Tuberkulin-Test (2% Lösung) gaben bei den mit Sperminum-Poehl vorbehandelten Kühen auch keine Reaktion. Ob wir es hier mit einer Heilung der Tuberkulose oder mit einer Maskierung der Tuberkulinreaktion resp. Entgiftung des Tuberkulins zu tun haben, das werden unsere weiteren Versuche auf diesem Gebiete lehren, über welche wir nächstens berichten werden.

Aus allem Obenerwähnten ersehen wir, dass die Therapie mit Sperminum-Poehl besonders in Kombination mit Heilsera, kolloiden Metallen etc. eine Erhöhung der Blutalkalescenz und elektrisch negative Ladung der Leukocyten hervorruft. Dadurch wird die gutartige Leukocytose bedingt, denn die elektrisch-positiv geladenen Bakterien und ihre Stoffwechselprodukte werden in solchem Falle von den Leukocyten angezogen und es tritt sowohl Entgiftung als auch positive Chemotaxis resp. Phagocytose ein.

In der Immunisation des Organismus ist dieser Vorzug gewiss eine wesentliche Komponente.

Wir haben wiederum einen Beleg dafür, dass das Studium auf dem Gebiete der Organotherapie uns einige Einblicke in wichtige biologische Vorgänge verschafft.

63) J. O. Wakelin-Barrat, Chem. Zentralblatt 1905. II. Teil, p. 1803; Zeitschr. f. allgem. Physiol. 4. 438.

64) Alb. Robin, Chem. Zentralblatt 1905, I p. 713. Revue génér. de Chimie pure et appl. 8, 18—28, Jan. (Dez. 1904) Paris.

65) Hamburger, Jahresbericht der Tier-Chemie 1904, p. 125. Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1904, I, 889 u. La Belgique médicale 11, 471.

66) Proshansky, Russ. Journ. f. med. Chem. u. Organother. 1908.

Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 2. Mai 1907.

Anwesend 48 Mitglieder und als Gäste DDr. Pacht, Walter, Holst.

An Stelle des abwesenden Präses Dr. Klemm übernimmt Dr. Voss das Präsidium.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Poorten das Präparat einer um 360° im Küstnerschen Sinne torquirten rechtsseitigen Parovarialzyste bei bestehender Gravidität von ca. 4 Monaten.

Bemerkenswert ist, dass nicht der Tumor allein an einem Stiel torquirt war, sondern das ganze rechte ligam. latum und die Adnexe daran beteiligt waren. Die Torsionsstelle befand sich ganz nahe am Uterus. Die torquirten Partieen sind

ganz schwarz-blau verfärbt. Mikroskopische Präparate zeigen ausserordentliche Hämorrhagieen in dem fast eigrossen länglichen Ovarium. Die Struktur der Zyste war unter solchen Umständen natürlich nicht festzustellen. Die Kranke, eine Pat. von Dr. Hach machte eine ungestörte Rekonvaleszenz durch, verliess am 22. Tage die Klinik genesen. Der Verlauf der Gravidität wurde durch die Torsion und die Laparotomie nicht beeinflusst.

(Autoreferat).

Pkt. I. der Tagesordnung: Dr. Krannhals über die Morbidität des verflossenen Winters. Im Anschlusse daran Dr. Berkholz gleichfalls über dasselbe Thema, beide sprechen über dieses Thema auf Grund der von ihnen im Krankenhause beobachteten Fälle.

Dr. Krannhals berichtet über die während der Wintermonate in der Ia Abteilung des Stadtkrankenhauses beobachteten Fälle von entzündlichen und akutkatarrhalischen Erkrankungen der Respirationsorgane, sowie über die Fälle von Masernerkrankungen während desselben Zeitraums.

Von den pneumonischen Erkrankungen — in Summa 45 Fälle (37 Männer, 8 Weiber) mit 8 Todesfällen gehörten zur typischen Lobärpneumonie 28, während 17 als atypisch verlaufende pneumonische Prozesse bezeichnet werden müssen. Von den 28 typischen Lobärpneumonien endeten 11 kritisch, 10 lytisch, 7 Fälle tödlich. Bei den letzteren handelte es sich 2 mal um weit ausgedehnte Pneumonia duplex: in dem ersten Falle war der rechte Unterlappen primär, der linke Unter- und Oberlappen in zweiter Reihe ergriffen, im 2. Falle totale Pneumonie der gesammten rechten Lunge, und Hepatisation des linken Unterlappens; zwei weitere Todesfälle betrafen Phthisiker die an einer intercurrenten Pneumonie zu Grunde gingen, 2 Kranke wurden in moribundem Zustande in die Abteilung gebracht und der letzte Todesfall betraf ein elendes herabgekommenes, viel gastrische Nebenerscheinungen darbietendes Individuum mit Pneumonie des rechten unteren und oberen Lappens.

Im Allgemeinen war die Erkrankung 24 mal eine einseitige, 3 mal eine doppelseitige. Nach der Frequenz der einzelnen Lungenlappen beteiligte sich der

rechte Unterlappen	16	mal
linke »	11	»
rechte Oberlappen	7	»
linke »	4	»
rechte Mittellappen	3	»

Zu den 17 Fällen atypischer Pneumonie (mit einem Todesfalle) sind zunächst diejenigen akuten Lobärpneumonien zu rechnen, welche einen abnorm protrahierten Verlauf darboten. Dieser letztere war 2 mal durch langsame, schubweise Erkrankung und Entwicklung des Prozesses bedingt, 5 mal durch ein sehr in die Länge gezogenes von hitzigem Fieber begleitetes Lösungsstadium. Einzelne dieser derartig atypisch verlaufenden Fälle werden vom Referenten näher ausgeführt. Alle genasen schliesslich bis auf einen Kranken, doch zog sich die Krankheit beispielsweise einmal 33 Tage, in einem anderen Falle sogar 45 Tage fieberhaft hin ohne dass die sorgfältigste klinische Untersuchung und Beobachtung irgend welche Komplikationen ergab. Allemal handelte es sich um den Fränkel'schen Pneumokkus, einmal in Verbindung mit Influenzabazillen.

Von den restirenden 10 Fällen atypisch verlaufender pneumonischen Prozesse waren 5 insofern atypisch, als der Sitz der Erkrankung entweder überhaupt garnicht (3 mal) oder nur mit Wahrscheinlichkeit (2 mal) festgestellt werden konnte. Allemal handelte es sich um ziemlich plötzliche akute Erkrankungen (auch mit Schüttelfrost), Husten, typisch pneumonischem Sputum (4 mal Fränkels Diplokokken nachgewiesen, 1 mal das Sputum nicht untersucht) kritischem oder lytischem Abfall der Temperatur aber ohne, dass es der Perkussion und Auskultation gelang den Herd zu lokalisieren. Sämmtliche Fälle genasen.

In dem Rest von 5 Fällen atypischer pneumonischer Erkrankung handelte es sich klinisch um fieberhafte katarrhalische Bronchitiden mit schleimig-eitrigem katarrhalischem Auswurf dem einzelne typisch pneumonische Sputumballen mehr oder weniger längere Zeit hindurch beigemengt waren mit oder ohne Möglichkeit den Herd ausfindig zu machen. In drei daraufhin untersuchten Fällen wurde auch hier allemal der Fränkelsche Diplokokkus nachgewiesen.

Neben diesen 45 Fällen pneumonischer Affektion kamen dann noch zur Behandlung 13 Fälle akut fieberhafter Bronchitis ohne eigentliche entzündliche Veränderungen, sowie 10 Fälle akut fieberhafter Katarrhe, mehr der oberen Luftwege, welche als Influenza bezeichnet werden mussten. In 2 hierauf untersuchten Sputis wurden von Dr Praetorius (dem der grösste Teil der bakteriologischen Untersuchungen zu verdanken ist) Influenzabazillen kulturell nachgewiesen.

Eine gewisse Frequenzsteigerung erfahren auch die akuten exsudativen reinen Pleuritiden (7 Fälle) von denen 6 punktiert wurden und ein seröses Exsudat mit vorherrschenden Lymphocyten und sterilem Verhalten bei der Kultur ergaben. Was die Morbillen anbetrifft so handelte es sich im Ganzen um 50 Fälle, 29 Männer, 21 Weiber und zwar 26 im Alter von 10–19 Jahren, 16 im Alter von 20–29, 3 im Alter von 30–39 und 2 im Alter von 40–49. Die Angaben über etwaige früher schon einmal durchgemachte Masernerkrankung waren zu unzuverlässig als dass sie statistisch verwandt werden können. 21 mal handelte es sich um eine unkomplizierte, reine Masernaffektion mit den gewöhnlichen Symptomen und der gewöhnlichen Verlaufsdauer von ca. 8—9 Fiebertagen; 29 Mal hingegen musste die Erkrankung als eine komplizierte bezeichnet werden, sei es nun durch Komplikationen welche während des Verlaufes der eigentlichen Morbillen auftraten, oder, was viel häufiger der Fall war, durch Nachkrankheiten, die dann meist nach 2—3 fieberfreien Tagen zu einer abermaligen mehr oder weniger lang dauernden Temperatursteigerung Veranlassung gaben. In einigen Fällen handelte es sich um Kombination 2-er verschiedener Nachkrankheiten, z. B. Laryngitis gleichzeitig mit Enteritis, oder Bronchitis und Otitis etc. So wurden der Frequenz nach geordnet folgende Komplikationen resp. Nachkrankheiten beobachtet:

Otitis med. 12 mal, meist mit leichtem Verlauf, zweimal jedoch zu schweren Knochenaffektionen führend.

Bronchitis — 6 mal besonders bei älteren Patienten.

Laryngitis — 6 mal meist recht hartnäckig.

Enteritis katarrhalis — 4 mal.

Je einmal kamen zur Beobachtung folgende Komplikationen:

Diphtherie — zufällige Infektion in der Abteilung, wahrscheinlich durch einen eingeschleppten Fall bedingt.

Pleuritis sicca.

Tuberkulosis pulmon.; ein ca. 30-jähriger Mann, der im unmittelbaren Anschluss an Masern seinen Husten nicht verlor und bei dem sich allmälig eine Verdichtung der l. Lungenspitze einstellte und schliesslich auch Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten. Der Mann behauptete bis zu seiner Masernerkrankung stets gesund gewesen zu sein, auch mit den Lungen.

Nephritis parenchymatosa, sehr leichten Grades, doch 6 Wochen nach Beendigung des eigentl. Masernprozesses noch immer vorhanden.

Pneumon katarrhalis. 10 junge Mädchen, Verlauf günstig.

Ein Todesfall an Masern ist nicht beobachtet worden. Die grosse Zahl von Komplikationen, namentlich Otitis med. erscheint bemerkenswert.

(Schluss folgt.)

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Vorsitzende des Mediko-Philanthropischen Komitees, Konsultant der Heilanstalt Ihrer Kaiserl. Hoheit der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Sachsen-Koburg-Gotha, wirkl. Staatsrat Dr. Tschernyschew, ist auf sein Gesuch von dem erstgenannten Amte enthoben worden.

— Der Ordinator der St. Petersburger Heilanstalt für ambulante Kranke, Dr. J. Schomacker, ist zum beisitzenden, die Funktionen eines medizinischen Kurators ausübenden Mitgliede des Mediko-Philanthropischen Komitees ernannt worden.

— Der Oberarzt des Revalschen örtlichen Militärlazaretts Dr. Ljabin ist auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Der Kliniker der Universität Kasan, Prof. Dr. W. F. Orlowski, ist von dem Verbande polnischer Naturforscher und Aerzte in St. Petersburg zum ersten Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Die fällige Prämie des Medikochirurgen L. F. Tutschemski im Betrage von 1000 Rbl. ist von der Konferenz der militär-medizinischen Akademie dem Professor Dr. P. G. Golubew für seine Arbeit «Ueber das Oel der sibirischen Fichte» zuerkannt. Ein zweites den Preisrichtern vorgestelltes Werk «Die Grundlagen der allgemeinen Pathologie. Vorlesungen über pathologische Physiologie» wurde ebenfalls preiswürdig befunden, konnte aber nicht prämiiert werden. da die Prämie nach den Bestimmungen der Statuten nicht geteilt werden darf. Der Verfasser des zweiten Werkes soll, wie der «R. Wratsch» privatim erfahren hat, der Professor der Charkower Universität Dr. A. W. Reprëw sein.

— Wie aus Halle gemeldet wird, ist, an Stelle des verstorbenen Prof. v. Mering, Prof. Dr. Adolf Schmidt zum Direktor der medizinischen Klinik in Halle ernannt worden.

— Ein Ruf als Nachfolger von Prof. Liebreich an der Berliner Universität ist, nachdem Prof. H. Meyer (Wien) abgelehnt hat, jetzt an den Professor Dr. med. et phil. Arthur Heffter, Ordinarius der Pharmakologie in Marburg, ergangen.

— Wie der Regierungsanzeiger erst jetzt meldet, ist dem früheren Arzt der Kurländischen fliegenden Sanitätskolonne des Roten Kreuzes, Kollegienrat Dr. Adolf Katterfeldt, der Annenorden III. Klasse, mit Anciennität vom 23. April 1905, Allerhöchst verliehen worden. Dr. Adolf Katterfeldt ist aber bekanntlich im Dezember 1905 in Irmlau (Kurland) von lettischen Revolutionären ermordet worden.

Nekrologe.

Verstorben sind: 1) Am 3. Februar in Waldai (Gouv. Nowgorod) der Landschaftsarzt Dr. August Kuppitz im 39. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1888—97 studierte. Nach Erlangung des Arztgrades wurde er Landschaftsarzt im Kirchdorfe Kemzy des Waldaischen Kreises, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende inne hatte. 2) Am 16. Januar in Moskau Dr. Michael Tschemodanow im 51. Lebensjahre nach 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er beschäftigte sich speziell mit Zahnkrankheiten und war auch als ein witziger Karrikaturenzeichner bekannt. 3) Am 27. Januar in St. Petersburg der jüngere Ordinator am hiesigen Nikolai-Militärhospital Dr. Simeon Michelsohn an Herzparalyse im 37. Lebensjahre. Der Verstorbene war nach Absolvierung des Kursus i. J. 1896 anfangs Arzt im Sswirschen Reserveinfanterieregiment. 4) Am 10./25. Februar in Kiel der Nestor der deutschen Chirurgen, wirkl. Geheimrat Dr. Johannes Friedr. August v. Esmarch, ehemaliger Professor der Chirurgie an der dortigen Universität, an den Folgen einer mit Lungenkatarrh verbundenen Influenza. Noch vor einigen Wochen konnte der greise Gelehrte in bestem Wohlsein seinen 85. Geburtstag feiern. Am 9. Januar 1823 zu Tönning (in Schleswig-Holstein) als Sohn des dortigen Kreisphysikus geboren, bezog er mit 20 Jahren die Universität Kiel, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Nach Ablegung des med. Staatsexamens im November 1847 wurde er Assistent von Prof. Langenbeck und ihm sowie Stromeyer verdankte er seine chirurgische Ausbildung. Bereits i. J. 1848, kurz nach Vollendung seiner Studien, führte ihn die Erhebung Schleswig-Holsteins als Arzt in die Reihen eines Freiwilligenkorps, wobei er in dänische Gefangenschaft geriet. Auch die beiden folgenden Feldzüge machte er mit, nachdem er sich inzwischen als Privatdozent in Kiel habilitiert hatte und 1857 ordentl. Professor und Direktor der chirurg. Klinik geworden war. 1870 zum Generalarzt und konsultierenden Chirurgen der Armee ernannt, wirkte er an verschiedenen Orten, besonders an dem grossen Barackenlazarett auf dem Tempelhofer Felde in Berlin. Was Esmarch in dieser Stellung an organisatorischer Tätigkeit und an brillanten Operationen geleistet hat, ist weltbekannt geworden; die während jener Zeit gewonnenen wissenschaftlichen Resultate sind von ihm in einer Reihe von Schriften niedergelegt, unter denen sein wiederholt aufgelegtes und ergänztes, in alle Sprachen Europas übersetztes Werk über «kriegschirurgische Technik» noch heute mustergültig ist. Esmarchs geniale Erfindung der nach ihm benannten künstlichen Blutleere sichert ihm unvergänglichen Ruhm und hat seinen Namen über die ganze zivilisierte Welt verbreitet. Nicht minder bahnbrechend hat Esmarch durch seine Bestrebungen auf dem Gebiete der Samariterpflege gewirkt und sein Leitfaden: «Die erste Hülfe bei plötzlichen Unglücksfällen» hat klassische Berümtheit erlangt und ist in 23 Sprachen übersetzt worden.
Reiche Ehrungen sind dem verdienstvollen Altmeister der Chirurgie von der Mitwelt bei verschiedenen Anlässen zuteil geworden, es hat ihm nicht an Rang, Titeln, Orden und schmeichelhaften Ehrendiplomen wissenschaftlicher Gesellschaften gefehlt, ja es wurde ihm vor drei Jahren von seiner Vaterstadt die seltene Auszeichnung zuteil, schon bei Lebzeiten ein Denkmal gesetzt zu erhalten — alle diese Auszeichnungen sind aber nur die wohlverdienten Quittungen für ein Leben voll rastloser Arbeit im Dienste der Wissenschaft und der Humanität gewesen.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Am 9. Februar hat der Privatdozent der mil.-med. Akademie Dr. Slatogorow im Auftrage der Professoren-Konferenz einen Kursus von Vorlesungen über Cholera begonnen, um die Studenten des IV. und V. Kursus für den Fall des Wiederauftretens dieser Krankheit praktisch vorzubereiten.

— Am 8. Februar fand in der Kiewer Universität anlässlich des Prozesses gegen die studentischen Vertreter ein eintägiger Streik statt. Es wurden nur wenige Vorlesungen gehalten. Viele Professoren erschienen nicht. In allen Korridoren der Universität ist Polizei; überall stehen Kosaken und Polizeireserven, um im Falle von Unruhen sogleich entschieden vorzugehen.

— An der Berliner Universität sind für das Sommersemester 1908 nicht weniger als 1056 Vorlesungen und Praktika angekündigt worden, von denen auf die medizinische Fakultät 365 entfallen.

— Gegen die Beibehaltung des durch Prof. Hoffas Tod verwaisten Lehrstuhls für Orthopädie in Berlin soll sich, der «D. med. Wochenschr.» zufolge, die Berliner med. Fakultät ausgesprochen und es abgelehnt haben, Vorschläge für die Nachfolgerschaft zu machen. Diese Gerüchte haben neue Nahrung erhalten durch den Umstand, dass die Privatklinik Hoffas bereits von anderer Seite übernommen ist, während die Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie von dem ersten Assistenten Dr. Karl Helbing zunächst nur bis zum Schlusse des Wintersemesters in bisheriger Weise fortgeführt werden soll. Diese Sachlage hat den Ausschuss der deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie veranlasst, in einer Eingabe an das Unterrichtsministerium für die Erhaltung des Lehrstuhls einzutreten.

Standesangelegenheiten.

— Der frühere Petersburger Arzt Dr. Veit, welcher in dem Prozess gegen den Ausschuss der Arbeiterdeputation verurteilt wurde, ist aus Tara (i. Gouv. Tobolsk), wo er in der Verbannung lebte, geflohen und soll sich, wie die «Russ» erfährt, jetzt bereits im Auslande befinden.

— Im Gefängnis der Stadt Tschita ist, wie von dort mitgeteilt wird, der Stadtarzt von Nertschinsk Dr. F. Sensinow interniert worden, welcher für Mitwirkung bei der Flucht eines politischen Gefangenen aus dem Nertschinsker Stadthospital zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt wurde.

— Gegen den Deputierten der Reichsduma Dr. Andrejs Preedkalns aus Riga, welcher nach einer Haussuchung bei dem Arzt Mill in Riga von der Livländischen Gendarmerieverwaltung arretiert, gegen Kaution aber freigelassen worden war, ist jetzt wegen Mangels an Beweisen das gerichtliche Verfahren eingestellt worden.

— Beim Zarskoje-Sseloschen Bahnhofe in Petersburg wurde die Hörerin des hiesigen weiblichen medizinischen Instituts Balinskaja als politisch verdächtig verhaftet.

— Das Ministerium des Innern hat die Stadt- und Landschaftsverwaltungen aufgefordert, die bei ihnen angestellten Aerzte zu den zweiwöchigen Kursen, welche beim Institut für experimentelle Medizin über die Cholera, Bakteriologie und Epidemiologie organisiert werden, abzukommandieren. Die Kosten der Abkommandierung sollen aus den Mitteln derjenigen Institutionen gedeckt werden, von denen die betreffenden Aerzte abkommandiert sind.

— Kommers zu Ehren Prof. Robert Kochs. Die Aerzteschaft von Berlin hat am 11. Februar n. St. auf einem glänzenden Kommers Robert Koch gefeiert. Der grosse Opernsaal bei Kroll konnte die Scharen der Aerzte nicht fassen, welche herbeigeströmt waren, um dem grossen Arzt und Forscher nach seiner glorreichen Rückkehr aus Afrika den Willkommensgruss zu bieten. Die eigentliche Festrede auf Koch hielt Dr. Albert Moll, der Koch als Reformator der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis, als den Gipfelpunkt der medizinischen Forschung und Arzt in höchster Vollendung und nicht zuletzt als Menschen und Kollegen feierte. In seiner Antwort betonte Koch, dass er die Empfindung habe, dass das Fest weniger der Person, als dem Erfolge gelte, dass es wieder gelungen war, dem Gebäude, der mediz. Wissenschaft einen neuen Baustein hinzuzufügen. Dieser Baustein habe sich von grosser Tragfähigkeit erwiesen. Nicht nur gelang es, die Cholera praktisch zu bekämpfen, sondern es zeigte sich immer deutlicher, dass dieselben Grundsätze, die sich der Cho-

lera gegenüber als wirksam erwiesen hatten, auch gegen andere Seuchen angewendet werden konnten. Dasselbe Prinzip der Seuchenbekämpfung habe sich anwenden lassen auf Typhus und sogar Malaria, und nun auf die Schlafkrankheit, ja er sei fest überzeugt, dass wir auch einst nach denselben Grundsätzen werden Tuberkulose und Syphilis bekämpfen können. Es erfülle ihn mit Freude und Stolz, den Grundstein dazu gelegt zu haben. — Koch sprach dann noch seinen besonderen Dank an die praktischen Aerzte aus, zu denen er sich noch immer rechne, und schloss mit einem donnernden Hoch auf die Aerzteschaft Gross-Berlins. Auf dem Kommers wurde ihm durch Prof. Küttner auch eine Medaille überreicht, die auf einer Seite Kochs Bildnis, auf der anderen als Widmung die Worte enthält: «Aus der Welt des Kleinen schufst Du Deine Grösse, und erobertest den Erdkreis, der dankerfüllt Dir den unverwelklichen Kranz der Unsterblichkeit reicht».

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Verhandlungen bezüglich des Baues eines Hospitals auf den Namen Peters des Grossen, welcher von der St. Petersburger Stadtverwaltung bereits vor 5 Jahren beschlossen wurde, sind am 6. Febr. in der Stadtdumasitzung endlich zum Abschluss gelangt. Da die Ueberfüllung der Stadthospitäler eine beständige ist, so wurde beschlossen, in dem neuen in Ochta zu erbauenden Hospital statt der ursprünglich geplanten 1000 Betten, 2000 einzurichten, wodurch die Baukosten um ca. 2½ Millionen Rubel gestiegen sind, so dass die Stadtduma 3,400,000 Rbl. anweisen musste. Jedes Hospitalbett wird ca. 2700 Rbl. zu stehen kommen. Zur Beaufsichtigung des Baues, der in drei Jahren fertig gestellt werden muss, wird eine Kommission von 7 Stadtverordneten gewählt werden. Für die technische Aufsicht wurden 4% der Bausumme, also über 110,000 Rbl. bestimmt. Es soll auch sofort ein Oberarzt für das Hospital mit einer Gage von 2400 Rbl. jährlich angestellt werden.

— Das anatomische Institut der Universität München ist in der vorigen Woche in einen monumentalen Neubau übergeführt worden, der mit prächtigen Hörsälen, zweckmässigen Einrichtungen sowie den modernsten Apparaten und Hülfsmitteln ausgestattet ist, so dass die neue Münchener anatomische Anstalt ihresgleichen in Deutschland und auf dem europäischen Kontinent nicht findet, ja auch von den besten amerikanischen Instituten nicht übertroffen wird. Der Neubau ist mit einem Aufwande von nahezu zwei Millionen Mark hergestellt worden. Von der neuen Anstalt, in welcher der Geist und die Tradition der alten Münchener anatomischen Schule fortleben wird, kann zum ersten Male zu Recht gelten das Wort und der Wahlspruch, der über der alten Anatomie zu lesen war: Hic locus est, ubi mors gaudet succurrere vitae. **Bf.**

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 19. Febr. 1908.

Tagesordnung: 1) Amburger: Ein Fall von traumatischer Rückenmarksläsion.
2) Thilo, Riga (als Gast): Die Verhütung der Winkelstellungen nach Lähmungen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 10. März 1908.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

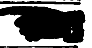
Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 8 St. Petersburg, den 23. Februar (7. März). 1908.

Dieser № liegt № 1 u. 2 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.



Bericht über den XIV. Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie in Berlin September 1907.

Von

Dr. Albert Haller. — Reval.

Erstattet auf dem IV. Estländischen Aerztetag 11.—13. November 1907.

M. H. Zu dem XIV. Hygienekongress, der seit dem Inslebentreten derartiger Kongresse zum ersten Mal in Deutschland und Berlin zusammenkam, hatten sich die bedeutendsten Bakteriologen und Hygieniker, Ingenieure und Techniker, Verwaltungsbeamte und Kommunalvorsteher der alten und der neuen Welt in grosser Zahl zusammengefunden, um die wichtigsten Gebiete der Hygiene und Volkswohlfahrt nach Möglichkeit vielseitig zu beleuchten und zu klären. Es wurde denn auch in den meisten Fragen volle Einigkeit erzielt und eine ganze Reihe von Resolutionen angenommen, die den einzelnen Staatsregierungen in Form von Wünschen und Anträgen zugehen. Die dem Kongress angegliederte Hygieneausstellung, die auch vom Auslande beschickt war, die Besichtigungen hygienischer Einrichtungen Berlins, wozu an den Nachmittagen Gelegenheit geboten wurde, sowie die geselligen Unternehmungen am Abend, boten die nötige Abwechslung und so wurde die Kongresswoche zwar anstrengend aber überaus interessant und angenehm und jeder konnte eine Fülle von Belehrung und Anregung mitnehmen, an denen er noch lange zehrt.

Der Kongress gliederte sich in 8, eigentlich 9 Sektionen, die, um die Fülle des Stoffs zu bewältigen, gleichzeitig tagten. Der Einzelne konnte daher nur an einem Bruchteil der Verhandlungen teilnehmen und wenn ich Ihnen heute einen Ueberblick über die wichtigsten der besprochenen Kapitel zu geben unternehme, so kann ich das oft nur an der Hand der Schlusssätze, die uns zu den Referaten gedruckt übergeben wurden und nur zum kleineren Teil aus eigenem Anhören.

Zur Aetiologie der Tuberkulose, dieser durch die Koch'sche dualistische Theorie und Behrings Stellungnahme so brennend gewordenen Frage, sprachen die fünf Referenten: Flügge-Breslau, Ribbert-Bonn, v. Schrötter-Wien, Arloing-Lyon, Ravenel-Philadelphia.

Arloing vertrat in der Hauptsache die Behringsche Ansicht und führte aus, dass es nur einen einzigen Erreger der Tuberkulose gebe; die gefundenen Varietäten des Tuberkelbazillus (der menschlichen Tuberkulose, der Rinder-, der Vogel- und Fischtuberkulose) sind nur zeitweilige Varietäten, deren Form nicht länger dauert als die Verhältnisse der Umgebung unter denen sie entstanden sind. Er warnte davor auf den so wenig beständigen Unterschieden zwischen menschlichen Tuberkelbazillen und Perlsuchtbakterien die Prinzipien der Tuberkulosebekämpfung zu begründen.

Ravenel (ebenso Calmette) nimmt den Darmkanal als die häufigste Eingangspforte des Tuberkelbazillus an; die Bazillen dringen durch die unverletzte Schleimhaut, ohne eine Läsion zu verursachen ein, gelangen mit dem Lymphstrom in den Ductus thoracicus, von hier ins Blut und werden in der Lunge zurückgehalten. Dieser Weg der Ansteckung ist bei Kindern der häufigste, und auch beim Erwachsenen tritt die Uebertragung durch Anhusten, Küssen, Berührung etc. ganz zurück.



Flügges Anschauungen in dieser Frage, die auch von Pfeiffer geteilt werden, sind ja bekannt; er hat sie durch geeignete Inhalationsversuche an Tieren bestätigt gefunden und teilte die Resultate mit: er liess Tiere Luft atmen in der in Tröpfchenform Tuberkelbazillen verteilt waren; periphere Lungenteilchen dieser Tiere impfte er auf Meerschweinchen über und erhielt Impftuberkulose. Die inhalierten Bakterien wirkten also direkt an Ort und Stelle. Wohl ist eine Infektion durch den Darm möglich, doch ist dazu eine millionenfach grössere Dosis nötig als bei der Inhalation. Für den Menschen liegen die Infektionsgelegenheiten verschieden, je nach Sitten und Gebräuchen; Kinder können wohl durch den Genuss tuberkelbazillenhaltiger Milch und Butter Intestinaltuberkulose erwerben, viel häufiger und leichter ist aber auch für sie die Inhalationsinfektion, durch von Phthisikern in Tröpfchenform verstreute Bazillen. Der tuberkelbazillenhaltige Staub ist weniger gefährlich als die tuberkelbazillenhaltige Luft, von der sehr kleine Mengen genügen um Infektion hervorzurufen.

Ribbert betonte, dass die Tbk. der Bronchialdrüsen am häufigsten anzutreffen sei und sie nur durch aerogene Infektion zu erklären ist und Schrötter pflichtete dem bei, indem er hinzufügte, nicht der Darm sondern die Lungen reagieren geradezu spezifisch auf den Tb.-bazillus.

Die Ausführungen der deutschen Gelehrten waren so überzeugend, dass auch bei der Besprechung der Tuberkulosebekämpfung auf die Verhütung der Inhalationsinfektion ohne besonderen Widerspruch das grösste Gewicht gelegt wurde.

Die Verhandlungen über Bazillen der Typhusgruppe und die Typhusbekämpfung waren von besonderem Interesse. Ich greife das rReferat von Lentz-Berlin heraus: Typhus und Paatyphus sind bakteriämische Krankheiten die ätiologisch, klinisch und pathologisch wohl zu unterscheiden sind. Die Erreger, die sich in der Darmschleimhaut angesiedelt, werden von hier aus in die Lymphbahnen aufgenommen, und vermehren sich in diesen, in den Mesenterialdrüsen, in Milz und Knochenmark; von hier aus werden sie ins Blut geschwemmt und gelangen durch die Leber in die Galle und durch die Nieren im Urin zur Ausscheidung. Im Darminhalt vermehren sie sich nicht, gehen hier vielmehr zu Grunde.

Die Fleischvergiftung ist eine typhusähnliche, bakteriämische Erkrankung. Sie ist im Beginn eine reine Intoxikation hervorgerufen durch die in den Speisen bereits enthaltenen Toxine, kann aber dann zur Bakteriämie werden durch Uebertritt der Erreger der Fleischvergiftung in die Lymph- und Blutbahnen und giebt dann das Bild der typhusähnlichen Erkrankung, deren bakteriologischer Befund dem Paratyphus ähnlich ist.

Zur Typhusbekämpfung sagt Frosch-Berlin folgendes: Die gewöhnliche und andauernde Verbreitungsart des endemischen Abdominaltyphus ist die Kontaktinfektion, die durch leichte (ambulatorische) Erkrankungsformen, sowie die Existenz von Bazillenträgern und Dauerausscheidern begünstigt wird. Ferner wirken begünstigend überfüllte, unhygienische Wohnungen, unsaubere Gewohnheiten der Insassen, die Unsitte des Zusammenschlafens mehrerer Personen in einem Bett. Unter den Nahrungsmitteln kommt für Verbreitung des endemischen Typhus hauptsächlich die Milch des Kleinhandels in Betracht, während die Infektionen durch Trink- und Gebrauchswasser für die Beurteilung und Bekämpfung des endemischen Typhus nur von sekundärer Bedeutung sind. Darum ist es für die Einschränkung und Ausrottung des endemischen Typhus notwendig alle mit Typhusbazillen behafteten Personen möglichst schnell ausfindig und unschädlich zu machen. Gleichzeitig ist auch die gründliche Verbesserung aller gesundheitlichen Verhältnisse energisch zu betreiben.

Im Anschluss daran sei auch der Bericht Pfeiffers-Königsberg über Schutzimpfungen gegen Pest, Cholera und Typhus erwähnt. Zur Herstellung des Impfstoffes ist am besten die Methode von Pfeiffer-Köln zu verwenden: es werden möglichst frische, hochvirulente Kulturen bei 60° abgetötet und diese zu den nötigen Verdünnungen aufgeschwemmt. Die Injektionen werden subkutan gemacht und sind 2—3 Mal mit steigender Dosis zu wiederholen. In grösserem Massstabe fehlt noch die Erprobung, doch sind die bisherigen Erfahrungen günstig, besonders sind auch die Schutzimpfungen gegen Typhus. die in Südwestafrika vorgenommen wurden, von gutem Erfolge gewesen.

Dank dem Umstande, dass in Deutschland die Genickstarreepidemie noch eben nicht erloschen ist (im Ruhrgebiet hält sie sich noch) wurde den Verhandlungen über diese Krankheit verhältnismässig viel Zeit gewährt. Aus den Ausführungen v. Lingelsheims und Ghons sowie Flattens und Kolles ging folgendes hervor. Die Erkennung der Meningokokken nur durch färberische und morphologische Merkmale, sowie nach intracellularer Lagerung ist nicht sicher möglich, leicht dagegen ist ihre Unterscheidung von den in Betracht kommenden Micrococcus catarrhalis, Diplococcus flav. I, II und III bei Zuhilfenahme des kulturellen und biologischen Verhaltens. Die Differentialdiagnose kann daher nicht — weder aus dem Rachenschleim noch aus der Duralflüssigkeit — mit dem Mikroskop gestellt werden, sondern es müssen stets Reinkulturen gezüchtet und diese der Agglutinationsprobe mit hochwertigem Meningokokkusserum unterworfen werden.

Zur Verhütung der Krankheitsübertragung sind die Meningokokkenkranken abzusondern; die Abgänge aus Nase und Mund und die damit beschmutzte Wäsche sind zu desinfizieren. Die Desinfektion der Wohnung ist von untergeordneter Bedeutung und nur in bestimmten Fällen nötig. Die Schulen sind nicht zu schliessen, allgemeine Verkehrsbeschränkungen sind selten erforderlich und meist undurchführbar. Die Gefahr von Seiten gesunder Kokkenträger, muss noch geklärt werden, ihre Absonderung wird von Flatten verlangt, von Kolle als undurchführbar bezeichnet. Das Genickstarreserum kann zur Bekämpfung der Seuche für folgende Zwecke herangezogen werden:

1) Zur bakteriologischen Diagnose.

2) Zur Heilung der Kranken bei frühzeitiger Anwendung in grossen Dosen (10 cbctm. tägl. Es sind bis 110 cbctm. injiziert worden).

3) Zur passiven Schutzimpfung von Personen, die der Ansteckungsgefahr besonders ausgesetzt sind (die übrigen Kinder des Hauses).

Die Debatte führte zu keiner Einigung über die Infektionswege, über die Behandlung der Kokkenträger und über die Frage der Schlussdesinfektion; es wurde darauf hingewiesen, dass Aerzte und Pfleger nie angesteckt worden sind.

Als Erreger der Syphilis wurde von allen bedeutenden Forschern die Spirochaete pallida anerkannt, was auch darin seinen Ausdruck fand, dass die Sektion auf dem Grabe Schaudinns einen Kranz niederzulegen beschloss. Hoffmann-Berlin führte folgendes aus: die Spirochaete pallida ist unzweifelhaft der Erreger der Syphilis; sie ist bei acquirierter Syphilis in fast allen Krankheitsprodukten der Frühperiode und mehrfach auch bei Späterkrankungen nachgewiesen worden, mitunter auch in inneren Organen (auf der Ausstellung waren

über 10 Präparate ausgestellt, wo die Spirochaete in Primäraffekten, Hirnschnitten und Foeten, sowie noch lebend und in Bewegung zu sehen war). Sie bevorzugt das Bindegewebe, die Lymphgefässe und Blutgefässwandungen; das kreisende Blut bietet ihr keine günstigen Bedingungen. Der Nachweis geschieht im Ausstrich durch Giemsalösung, in Schnitten durch Versilberung. Alle Züchtungsversuche sind bisher fehlgeschlagen, nur die Anreicherung in Gewebsstücken scheint gelungen zu sein durch Einführen eines Spirochaeten enthaltenden Gewebsstücks, in einem Säckchen verschlossen in die Bauchhöhle eines Tieres. Die Vermehrung geschieht wahrscheinlich durch Längsteilung.

Nur Siegel-Berlin sprach gegen diese Anschauungen. Er meinte in den äusseren Hautteilen findet man alles was man will und sucht; dasselbe ist mit den inneren Organen von Foeten der Fall. Bei bösartiger Syphilis fehlten die Spiroch. in den inneren Organen immer; auch in den innern Organen syphilitischer Affen gelinge der Nachweis nicht.

M. H. Nächst dem grossen Gebiete der Epidemiologie und Parasitenkunde, das ich der grossen allgemeinen Bedeutung wegen eingehender referieren zu müssen glaubte, beanspruchen die Verhandlungen über Säuglingsernährung und der Hygiene des Kindesalters grösste Beachtung. Die Säuglingssterblichkeit in Deutschland beträgt durchschnittlich ¹/₃ aller Gestorbenen (bei uns in Reval 1906—21,5%) und steht, wie überall, im umgekehrten Verhältnis zum Einkommen. Die gefährlichste Zeit für den Säugling sind die ersten 6 Monate; vom 2. Monat an sind Darmerkrankungen in über 50 % die Todesursache.

Die einzigen Mittel dagegen sind das Selbststillen der Mütter oder die Darreichung einwandsfreier Milch. Die Muttermilch kann durch nichts völlig ersetzt werden; ihr Gehalt an Salzen und Immunsubstanzen ist nicht nachzuahmen, schon die Milch mancher Ammen wirkt als artfremdes Eiweiss auf den Säugling ein und erzeugt die Reaktion des artfremden Eiweisses (Hyperleukozytose) im Blut desselben, die von Tiermilch stets hervorgerufen wird. Durch das übliche Sterilisieren der Tiermilch werden die Keime zwar abgetötet, die Toxine aber nicht unwirksam gemacht; es werden dabei aber auch die Milchfermente (Zymasen) abgetötet, Kasein und Globulin chemisch verändert und die Salze der Milch aus einer kolloidalen in gewöhnliche Lösung übergeführt.

Eine einwandsfreie Milch muss gut, rein und frisch sein, um sie ungekocht dem Säugling reichen zu können. Eine gute Milch ist eine solche, die von gesunden (Tuberkulinprobe) richtig genährten und zweckmässig gehaltenen Tieren stammt, reine Milch enthält weder Keime noch Schmutz in grösserer Menge, auch darf ihr nichts hinzugefügt noch weggenommen sein; eine frische Milch ist eine Milch, die weit davon entfernt ist irgend welche Zersetzungsvorgänge zu zeigen. Eine richtige Milchkontrolle hat sich auf alle diese Punkte zu beziehen und ist die Aufgabe des hygienisch gut geschulten Arztes. Die Beschaffung guter Kindermilch ist Pflicht des Staates und der Kommunen, zugleich müssen zahlreiche Fürsorgestellen (consultations de nourissons) eingerichtet werden, in denen den Müttern und Angehörigen der Kinder Rat über Pflege und Ernährung der Säuglinge erteilt wird. Die öffentliche Fürsorge für bedürftige Säuglinge ist in dem ungarischen System der staatlichen Fürsorge mustergültig gelöst. In Ungarn übernimmt der Staat, sobald die Bedürftigkeit angemeldet wird, die Versorgung des Säuglings aus öffentlichen Mitteln, die Prüfung der Bedürftigkeitsumstände erfolgt später. Die Versorgung des Säuglings geschieht prinzipiell bei der Mutter durch Ausreichen von Stillprämien oder Unterbringung mit dem Kinde in Aussenpflege. Nur wo beides nicht anwendbar, kommt das Kind zu einer säugenden Pflegemutter.

Zur Verminderung der Säuglingssterblichkeit ist ferner die genügende Ausbildung der Hebammen in der Säuglingshygiene von grosser Bedeutung, sind die Hebammen doch in der Regel die alleinigen Beraterinnen der jungen Mütter in der Ernährung und Pflege des Säuglings. Bisher ist die Ausbildung durchweg ungenügend gewesen; um sie zu heben müsste die Bildung der Hebammen im allgemeinen gehoben werden, müssten sie Gelegenheit haben in den Lehranstalten länger als bisher die Säuglinge zu pflegen, müssten sie Wiederholungskurse durchmachen und müsste ihre pekuniäre Stellung verbessert werden durch feste Anstellung und Pensionsberechtigung.

Die Verhandlungen über zufällige Uebertragung von Pockenpusteln bei Impflingen und ihre Verhütung lassen sich in folgendem zusammenfassen: Die Uebertragung vom geimpften Arm auf andere Körperteile kann erfolgen durch die Hände des Impflings und der Pflegepersonen, durch Kleidungsstücke, Bettwäsche, Schwämme, Badewasser und andere Zwischenträger. Es entstehen versprengte Einzelpusteln, die, wenn nicht gerade am Auge, harmlos verlaufen. Wo aber auch nur Spuren eines Ekzems vorhanden sind, da kann es zu einer das Leben bedrohenden Erkrankung, einer Mischform des Ekzems und der Vakzine kommen. Daher sind Kinder mit Ekzemresten, auch wo diese sich nur am Kopf finden, von der Impfung zurückzustellen; falls die Umstände aber doch die Vaccination fordern, ist ein abschliessender Verband anzuwenden; in jedem Falle soll die Wartung zur Achtsamkeit und Vorsicht angehalten und über die Uebertragungsmöglichkeit belehrt werden.

Indem ich die Erfahrungen über das System der Schulärzte, die in mehreren Referaten eingehende Berücksichtigung fanden, übergehe, glaube ich bei dem Referat A. Czernys-Breslau über Ueberarbeitung der Schulkinder etwas verweilen zu müssen, vertrat der Vortragende doch einen ganz neuen Standpunkt, der lebhaft bestritten wurde. Er führte aus: die bisherigen Untersuchungen über Uebermüdung normaler Kinder sind nicht einwandsfrei; die Krankheitssymptome, die auf Ueberarbeitung bezogen werden, sind zumeist Folgen der Wärmestauung bei mangelhafter Ventilation der Schulräume; — die Kinder sitzen in einem Dunstkreis der bewegungslos ist, verändern sich im Aussehen, werden matt und apatisch. Das ist eine rein körperliche Reaktion, kein geistiger Vorgang, der durch Einhaltung der richtigen Temperatur und Schaffung genügender Luftbewegung vermieden wird. Mit der sog. Uebermüdung wird arger Missbrauch getrieben; die eifrigsten Vertreter der Ansicht der Ueberarbeitung sind die Eltern und nächst denen die Aerzte, die zu leicht Kinder vom Schulunterricht dispensieren und die Kinder dadurch tatsächlich krank machen; durch die mangelnde Beschäftigung wird ein Krankheitsbewusstsein erst konstruiert. Auch die sogenannte Schulanämie wird meist ganz falsch verwertet; in Wirklichkeit lässt sich durch keine klinische Methode eine Veränderung des Blutes nachweisen; es besteht dagegen eine Störung des Nervensystems, die sich in einer Verengerung der Gefässe dartut.

Anders steht es mit psychopatisch-nervös veranlagten Kindern; diese reagieren excessiv auf die Schulreize und bieten wirklich öfters Symptome der Ueberarbeitung. Schwer psychopatische Kinder sind in der Minorität, sie müssen vom Lehrer und Arzt rechtzeitig erkannt und aus den allgemeinen Schulen entfernt werden. Die leichteren Fälle sind Resultate von Erziehungsdefekten,

wobei die Anregung krankhaften Ehrgeizes durch die Eltern oft die Hauptschuld hat. Sie werden vermieden durch zielbewusste Erziehung zur Willensbeherrschung, zum Pflichtbewusstsein und zur Subordination unter die Autorität der Eltern und Lehrer in Schule und Haus.

Aus der Verhandlung Schulhygiene und Statistik will ich nur erwähnen, dass folgendes konstatiert wurde:

Die Krankheiten, die durch den Schulbesuch verursacht werden, fallen wenig ins Gewicht gegenüber denen, die durch die soziale Lage hervorgerufen werden.

Aus der Wohnungshygiene wären die Forderungen, denen Arbeiterwohnhäuser zu genügen hätten, zu erwähnen. Der Arbeiter, der genügenden Verdienst hat und sparen kann, muss in den Stand gesetzt werden Eigentümer des von ihm bewohnten Hauses zu werden. Die Bildung von Gesellschaften, die den Arbeitern das zum Bau nötige Geld vorschiessen oder selbst bauen ist nach Möglichkeit zu unterstützen. Jede Arbeiterwohnung soll eine abgeschlossene Einheit sein und 1 Wohnzimmer, 1 Wohnküche und 1 Schlafzimmer von je 15—22 Qumet. haben. Bei heranwachsenden Kindern kommen getrennte Schlafzimmer hinzu. An Nebenräumen sind notwendig: 1 Abort, 1 Altan, Wandschränke und Schafferei. Das Schlafstellenwesen ist durch geeignete Wohnungsinspektion zu regeln und zu überwachen und wo nötig — in Grossstädten und Fabriksorten — sind Ledigenheime einzurichten, die den Anforderungen der modernen Wohnungshygiene entsprechen.

Die allgemeine Einrichtung von Bädern und ihre regelmässige Benutzung ist mehr als irgend eine vergleichbare Institution geeignet als Handhabe der Sitten- und Gesundheitsförderung zu dienen. Es sollen daher allgemeine Bauvorschriften erlassen werden, dass kein der Vermietung bestimmtes Haus ohne ausreichende Badegelegenheit gebaut werden darf. Jeder Einwohner muss wöchentlich ein Bad haben. Um die Bäder volkstümlich zu machen genügt das Volksbrausebad mit einigen Wannen als die billigste und anspruchloseste, zugleich ökonomisch und hygienisch empfehlenswerteste Form. Auch sollte kein Abort existieren ohne die Vorrichtung zum Händewaschen. Es ist noch eine ganze Reihe von Fragen behandelt worden, die Ihres Interesses sicher wären, ich nenne nur den Alkoholismus, die Armenkost, die Desinfektion, Beleuchtungsfragen und Strassenhygiene, endlich Gebiete der Statistik, ich begnüge mich sie zu erwähnen; denn eingehender über sie zu berichten, gestattet mir die Zeit heute nicht.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 2. Mai 1907.

(Schluss.)

In Anschluss an die Besprechung der Morbillen erwähnt Ref. eine Reihe von Fällen akuter Erkrankung mit Exanthem, welche zu dem gewöhnlichen Bilde leichter Masernaffektion insofern nicht stimmen wollten als es sich allemal um ein ganz diffuses (nicht etwa durch Konfluenz dicht stehender Maculae zu Stande gekommenes) ausgesprochenes Erythem des Rückens, der Schultergegenden, weniger der vorderen Thoraxfläche und des Abdomens handelte, welches in derselben diffusen Weise etwa bis zur Mitte der Oberarme und Oberschenkel reichte und hier sich in einzelne Maculae auflöste. Kein Exanthem, und in der Mehrzahl keine nennenswerte Temperatursteigerung. Ref. hat im Ganzen 10 solcher Fälle beobachtet, 5 im Krankenhause, 5 in der Privatpraxis. In letzterer 3 mal bei ca. 10—15-jährigen Mädchen die Masern schon gehabt hatten.

Will man diese Affektionen zu den Rötheln rechnen so ist das am Rumpf atypische Exanthem jedenfalls bemerkenswert.

Ueber die von einigen Autoren als IV. Krankheit bezeichnete Affektion, welche dem Exanthem nach zwischen Scharlach und Masern sowie «Rötheln» stehen soll, hat sich Ref. nicht näher orientieren können.

Dr. A. Berkholz: Das Charakteristische für die Morbiditätsverhältnisse in unserer Stadt während der ersten 4 Monate des laufenden Jahres besteht darin, dass alle akuten Infektionskrankheiten zur Beobachtung kamen; sowohl Typh. abdom. als auch Typh. exanth, neben Scarlatina-Rubeolae und Morbilli, letztere hatte eine starke Verbreitung, neben Variola vera-Varicellen, Diphtheritis gab es etwas mehr als sonst, auch Parotitis epidem. und selbst einzelne Fälle von Dysenterie fehlten nicht. Im Stadt-Krankenhause wurden 35 Fälle von Typh. exanth beobachtet. Während der letzten 7—8 Jahre ist die Abteilung für Typh. exanth. fast niemals geschlossen gewesen, vereinzelte Fälle gab es immer.

Für das laufende Jahr lässt sich nachweisen, dass alle Patienten in bestimmten Strassen der Moskauer Vorstadt ihre Wohnung hatten (Jakobstädtsche, Palisaden, Dünaburger und gr. Moskauerstr.); nur eine Familie Vater, Mutter und 4 Kinder stammten aus einer anderen Gegend (Helenenstrasse). Eine besondere Aufmerksamkeit wurde den Komplikationen von Seiten des Gehörorgans geschenkt. Es kamen 11 Fälle von Otitis med. zur Beobachtung, 7 mal Otitis med. catarrh. 4 mal suppurativa.

Auffallend und allen an Typh. exanth. erkrankten Patienten, bei denen eine Gehörprüfung möglich war, gemeinsam war eine Herabsetzung des Gehörvermögens und verkürzte Knochenleitung bei erhaltener oberer Tongrenze — ein Befund für den bisher keine genügende Erklärung gefunden wurde.

Scarlatina gab es wenig, in 3 verzweifelten Fällen habe ich Marmorek'sches Streptokokkenserum therapeutisch verwendet. Der Erfolg in diesen 3 Fällen ermutigt mich zu weiteren Versuchen.

Diphtheritis kamen 63 Fälle zur Behandlung mit 5 Todesfällen, von diesen handelte es sich bei 3 um Diphtheritis post morbillos, die eine besonders schlechte Prognose bieten. 1 Mal musste ich eine Retracheotomie machen, doch wurde Patient gesund und ohne Kanüle entlassen.

An Variola litten auch 63 Patienten, die Mortalität betrug 25%, von den 16 Verstorbenen hatten 2 Impfnarben. — 1 Mal wurde eine Vaccine generalisata beobachtet.

Von den Komplikationen, die meiner Ansicht nach alle auf Infektion der verschiedenen Organe mit Strepto- resp. Staphylokokken zu beziehen sind, seien hier die an den Augen hervorgehoben, Auch in diesen letzten Monaten, wie in den früheren Jahren, wurden niemals einwandsfreie Pockenpusteln auf der Kornea oder den Konjunktiven der Augen beobachtet, dagegen traten nicht selten in der 2.—3. Woche Phlyktänen im limbo corneae und wenn diese nicht rechtzeitig bemerkt und behandelt wurden (Calomel) Randulcera auf. Nach meinen Erfahrungen in ca. 1700 Variolafällen treten die gefürchteten Hornhautleiden und Erblindungen nach Variola nur in Folge dieser septischen Komplikationen der Cornea auf und niemals sind sie die Ursache von primären Pockenpusteln der Cornea, da ich solche nie gesehen habe.

Gemeinsam will ich die Herzkomplikationen bei den genannten 4 Infektionskht. besprechen.

Im Ganzen beobachtete ich 13 Fälle von Myocarditis (Krehl) 5 bei Diphtheritis unter 63, 4 bei Scarlatina unter 21, 3 bei Variola unter 63 und 1 bei Typh. exanth. unter 35 Pat.

Die Symptome waren in allen Fällen die gleichen mit nur geringen individuellen Abweichungen, zunächst Arythmie des Pulses, dann auffallende Frequenz des Pulses bei den geringsten an den Herzmuskel gestellten Anforderungen (10-maliges Erheben des Rumpfes im Bett), dann ein dumpfer, später ein unreiner erster Ton über dem ganzen Herzen, namentlich über der Herzspitze und schliesslich Verbreiterung der Dämpfung nach links. Der Verlauf war in allen Fällen fieberlos; unter Eisbeutel, Roborantien resp. Analepticis und Bettruhe trat in kürzerer oder längerer Zeit eine Restitutio ad integrum resp. ein Verschwinden der Symptome ein und wurde das Herz wieder leistungsfähig.

Als Aetiologie dieser Insufficienz sind meiner Ansicht nach die Toxine der spez. Infektionen anzusehen und nicht die septischen Komplikationen. Die Konkurrenz aller akuten Infektionskrankheiten in mehr oder weniger gehäufter Zahl zu gleicher Zeit hat Gelegenheit zu differential-diagnostischen Schwierigkeiten, einerseits zwischen Variola-Varicellae-Vaccine generalisata und Morbilli, andererseits zwischen Scarlatina und Rubeolae gegeben. Im allgemeinen haben sich 2 Symptome als besonders stabile und charakteristische erwiesen: Der Fieber-

verlauf und das Enanthem. Es giebt keine Variola vera bei der nicht vor Ausbruch des Exanthems 3 Tage hohes Fieber bestanden hat, ebenso charakteristisch ist aber auch das Fehlen des Fiebers vor dem Exanthem bei Varizellen und Vacc. generalisata. Derselbe Ausschlag auf der Haut (Exanthem) ist bei allen Infektionskrankheiten auch auf den Schleimhäuten sichtbar (Enanthem) und zwar oft in reinerer und typischer Form. Der Inspektion am besten zugänglich ist der harte und der weiche Gaumen, die hintere Rachenwand und der Mund. Das Enanthem ist früher ausgebildet als das Exanthem. Wenn das Exanthem eine Differentialdiagnose zwischen Variola und Morbilli noch nicht möglich macht — es giebt solch ein Stadium — so ist der Rachenbefund schon absolut eindeutig; in einem Falle Pusteln auf blasser Schleimhaut namentlich auf weichem und hartem Gaumen oder hinteren Rachenwand-Variolen; im anderen Falle Vesikel auf fleckig geröteter Schleimhaut-Morbilli. Auch bei der Scarlatina im Anfangsstadium ist das kleinfleckige Enanthem auf harten und weichen Gaumen vor dem Exanthem sichtbar und fehlt nie, es schützt vor Verwechselungen namentlich mit Rubeolae. Auch die Schälferung beginnt im Munde früher als am Körper und ist hier an der Zunge sichtbar.

(Autoreferate)

Die Diskussion wird vertagt.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Oberarzt des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals, Staatsrat Dr. Jakimowitsch, ist zum Gehülfen des Militär-Medizinalinspektors des St. Petersburger Militärbezirks ernannt worden. Sein Nachfolger als Oberarzt am Nikolai-Militärhospital ist der bisherige Oberarzt des Leibgarderegiments zu Pferde, Staatsrat Dr. Dwukrajew, geworden.

— Der ältere Ordinator und Leiter der Abteilung für Geisteskrankheiten an dem St. Petersburger Nikolai-Militärhospital Dr. Rosenbach ist für Auszeichnung im Dienst zum wirklichen Staatsrat befördert worden.

Standesangelegenheiten.

— Der Ordinator des Odessaer Stadthospitals Dr. Charles Duboucher, welcher früher als amerikanischer Vizekonsul in Odessa fungierte, ist ausgewiesen und über die Grenze geschickt worden. Der Grund ist seine Beteiligung an einer verbrecherischen Gesellschaft.

— Dr. Victor Perimow, der, wie wir vor kurzem meldeten, als politisch kompromittiert auf administrativem Wege aus dem Dienst entlassen wurde, ist jetzt auch aus den Grenzen des Gouvernements Kasan ausgewiesen worden. Dr. Perimow war seinerzeit Deputierter (Kadett) der ersten Reichsduma für Kasan.

— In dem unweit Petersburg belegenen Villenorte Jukki hat am 10. Januar die Aerztin Sophie Iwaschtschenko durch Erschiessen ihrem Leben ein Ziel gesetzt. Sie hatte erst im vorigen Jahre den Kursus am weiblichen medizinischen Institut absolviert. Das Motiv zum Selbstmorde ist aus dem von ihr hinterlassenen Zettel nicht zu entnehmen.

— Der Landschaftsarzt Isaak Burkser im Flecken Nowgorodka (Gouv. Chersson), welcher angeklagt war, i. J. 1905 die Bauern gegen die Zahlung von Abgaben und Stellung von Rekruten aufgehetzt zu haben, ist von der Odessaer Gerichtspalate wegen Mangels an Beweisen freigesprochen worden.

— Im Landschaftskrankenhause des Kirchdorfes Pokrowskoe (im Russschen Kreise des Gouvernements Moskau) sind der Landschaftsarzt N. M. Arshanikow und die Feldscherin M. Chworostina nach einer eingehenden Haussuchung am 1. Februar verhaftet und ins Gefängnis abgeführt worden. Die Feldscherin hatte einen lange gesuchten politischen Verbrecher unter falschem Namen im Krankenhause beherbergt. Wie verlautet, ist der auf seiner Flucht aus dem Krankenhause ebenfalls handfest gemachte vermeintliche Kranke der Mörder des Samaraschen Gouverneurs Block, Namens Romanow.

— In Ssoligalitsch (Gouv. Kostroma) sind die Landschaftsärzte A. Starkow und Ernst Lensin auf administrative Anordnung aus dem Dienst entlassen worden. Das Gesuch der Landschaft, diese Aerzte mit Rücksicht auf die im Soligalitschen Kreise herrschende Pocken- und Scharlachepidemie wenigstens für die Zeit der Epidemie im Dienste zu belassen, ist vom Gouverneur abschlägig beschieden worden.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Das Gesuch der Verwaltung der ärztlichen Pirogow-Gesellschaft in Moskau, vom 16.—20. April d. J. einen allrussischen Kongress für Fabrik-Medizin und Hygiene einberufen zu dürfen, ist, wie aus Moskau berichtet wird, vom Moskauer Generalgouverneur abschlägig beschieden worden.

— Am 9. Februar d. J. hat sich in Rapallo ein «Verein Deutscher Aerzte der Riviera Levante» gebildet zur Förderung der Interessen der Aerzteschaft der italienischen Riviera. Sitz des Vereins ist Rapallo: zum Vorsitzenden wurde Dr. Bruck, zum Schriftführer Dr. Braun gewählt. Der Vereinsvorstand ist gerne bereit, Kollegen Auskünfte über die einschlägigen Verhältnisse zu geben.

— Der IV. Kongress der deutschen Röntgen-Gesellschaft wird unter dem Vorsitz von H. Gocht-Halle a. S. am Sonntag, den 26. April 1908, im Langenbeckhaus in Berlin stattfinden. Allgemeines Thema: Der Wert der Röntgenuntersuchungen für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. (Referenten: Rieder-München und Krause-Jena). Mit dem Kongress wird eine Röhrenausstellung vorwiegend historischen Charakters verbunden sein. Anmeldungen für Vorträge, Demonstrationen u. s. w. sind an den Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Dr. Immelmann, Lützowstrasse 72, Berlin W. 35, zu richten.

— Die Gesellschaft der Aerzte in Lodz hat zum Präses für das laufende Jahr — Dr. Xaver Jassinski, zum Vizepräses — Dr. Alfred Krusche und zu Sekretären die DDr. E. Sonnenberg und J. Michalski gewählt.

— Die Berliner medizinische Gesellschaft hat in ihrer Generalversammlung den bisherigen Leiter der Versammlungen Prof. Dr. Senator und auch die bisherigen drei Stellvertreter Prof. Orth, Prof. Landau und Dr. Vollbordt wiedergewählt. Ebenso wurden der Schatzmeister Prof. Stadelmann und der Bibliothekar Prof. Ewald durch Zuruf in ihren Aemtern bestätigt. Die Zahl der Mitglieder beträgt nach dem Rechenschaftsbericht gegenwärtig 1539. Das Gesellschaftsvermögen beläuft sich auf ca. 280,000 Mark.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Eröffnung einer Schule für Gymnastik und Massage in Riga ist von der Ober-Medizinalverwaltung dem dortigen Arzte Dr. Otto Thilo auf Grund eines vom Minister des Innern bestätigten Statuts gestattet worden. Dr. Thilo, der seit Jahren eine orthopädisch-gymnastische Heilanstalt in Riga leitet, hat sich grosse Verdienste erworben durch seine einfach gebauten und trotzdem in ihrer Wirkung sehr guten gymnastischen Vorrichtungen für die Behandlung von Gelenkdeformitäten. Sie bestehen meist aus einfachen Schnüren, die über passend angebrachte Rollen laufen und leicht und zweckmässig an dem betreffenden Körperteil befestigt werden. Noch vor kurzem konnten wir uns gelegentlich eines Vortrages, den Dr. Thilo als Gast im Verein St. Petersburger Aerzte über die Verhütung der Winkelstellungen nach Lähmungen hielt, von der Einfachheit und Zweckmässigkeit seiner redressierenden Vorrichtungen für die Hand und den Fuss, welche manche teure Apparate sehr gut ersetzen können, überzeugen.

— Der Besitzer und Leiter der bekannten i. J. 1904 zu Pernau begründeten Anstalt für Mechanotherapie und Orthopädie, Dr. Freiherr v. Vietinghoff-Scheel, hat seit Januar d. J. auch in Reval eine ambulatorische Privatklinik für Orthopädie und physikalische Heilmethoden eröffnet. Die Pernausche Anstalt bleibt nach wie vor bestehen und wird alljährlich vom 15. Mai bis 1. September geöffnet sein; für den Winter (vom

15. Sept. bis 1. Mai) wird ihr Betrieb aber nach Reval übergeführt und für solche Kuren eingerichtet, die sich in der kalten Jahreszeit durchführen lassen. In beiden Anstalten gelangen alle bewährten Heilmittel der mechanischen Orthopädie und der modernen wissenschaftlichen physikalischen Therapie zur Anwendung. Ausserdem verfügt die Anstalt über eine eigene Werkstatt zur Anfertigung von Bandagen, Schienen, Korsetts etc.

— Ein neues Sanatorium in Edinburg am rigaschen Strande wird, wie eine rigasche Zeitung meldet, von Dr. Maximowitsch, der bereits seit 3 Jahren eine Heilanstalt dort unterhält, zu Beginn der bevorstehenden Saison eröffnet werden. Das Sanatorium, welches aus 28 Zimmern bestehen soll, wird das ganze Jahr hindurch für Nervöse und Rekonvaleszenten geöffnet sein.

— Da in den St. Petersburger städtischen Hospitälern die Ziffer der überzähligen Kranken bereits auf 4000 angewachsen ist, so hat die Stadtduma in ihrer letzten Sitzung am 13. Februar 150,000 Rbl. zur Unterbringung der Kranken angewiesen und die Lokalfrage dem Ermessen der städtischen Hospitalkommission anheimgestellt.

— Der St. Petersburger Stadthauptmann bringt zur allgemeinen Kenntnis, dass nach dem Beispiel früherer Jahre Schutzimpfungen gegen Pocken in den Krankenaufnahmezimmern bei den Polizeiverwaltungen der Residenz täglich von 9—11 Uhr Vormittags unentgeltlich bewerkstelligt werden.

— Das von dem früheren Dorpater, gegenwärtig Rostocker Professor Dr. R. Kobert verfasste grosse «Lehrbuch der Pharmakotherapie» ist soeben im Verlage von Ferdinand Enke in zweiter, neubearbeiteter Auflage erschienen. Die I. Auflage stammt aus dem Jahre 1897 und ist auch ins Italienische übersetzt worden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Jan. d. J. 13392 (111 mehr als in der Vorwoche), darunter 1384 Typhus — (73 mehr), 914 Syphilis — (38 wen.), 279 Scharlach — (3 wen.), 127 Diphtherie — (3 wen.), 85 Masern — (2 wen.), und 48 Pockenkranke — (9 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 13. bis zum 19. Jan. d. J. im ganzen 996, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 31, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 27, Scharlach 16, Diphtherie 28, Croup 0, Keuchhusten 10, Kroupöse Lungenentzündung 61, Erysipelas 7, Grippe 27, Katarrhalische Lungenentzündung 85, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 282, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 16, Tuberkulose der Lungen 125, Tuberkulose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 66, Marasmus senilis 44, Krankheiten des Verdauungskanals 133, Totgeborene 47.

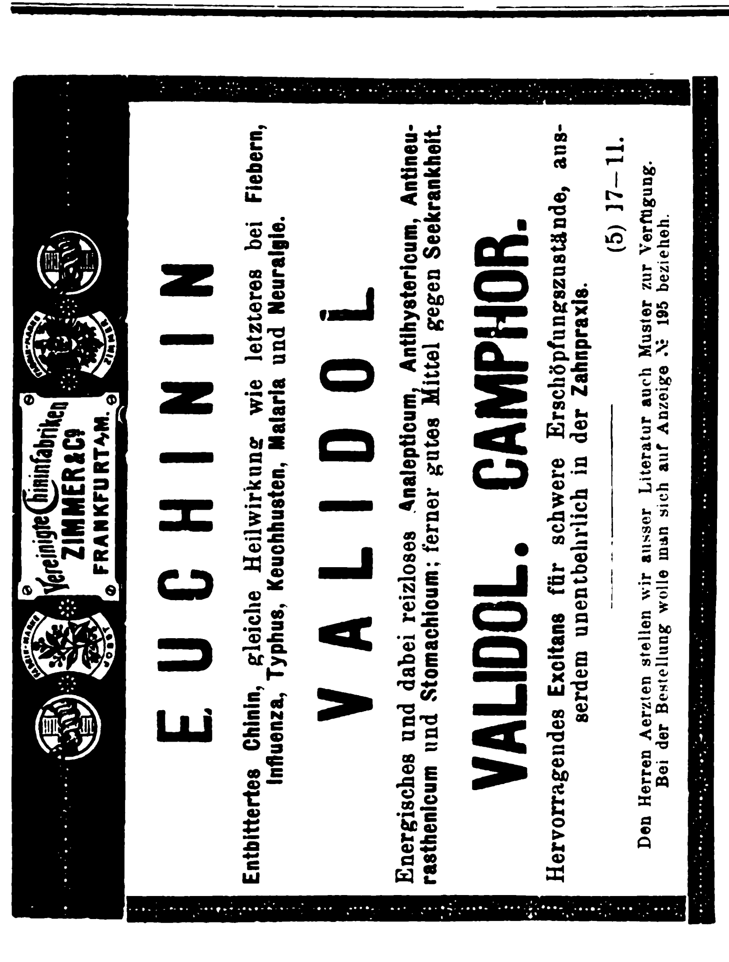
✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 4. März 1908.

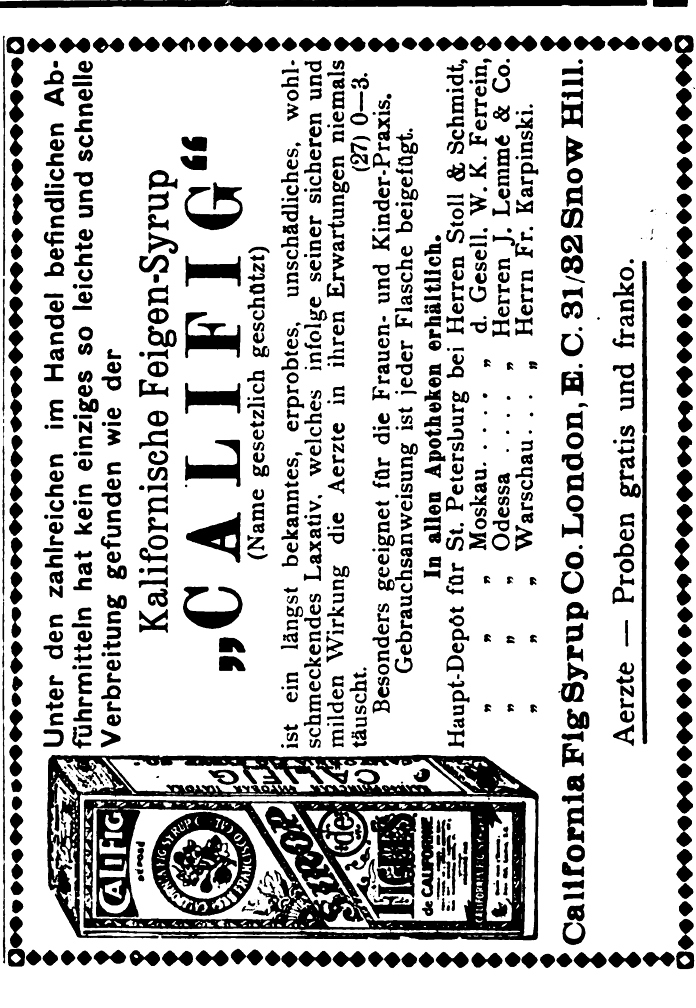
Tagesordnung: 1) Amburger: Ein Fall von traumatischer Rückenmarksläsion.

2) Henking: Ueber angeborene Atresie des Oesophagus.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 10. März 1908







SPEZIALPRÄPARATE MARKE „ROCHE"

Asterol
Thigenol
Thigenolseife
Sulfosotsirup
Sirolin

Digalen

Haltbare Lösung in Originalflac. von 15 ccm. (1 ccm. Lösung = 0,3 mgr. Digitox. sol. Cloetta).
Anwendung: per os, per rectum, subcutan, intravenös und intramusculär. Keine Cumulativwirkung. Kein Latenzzustand.

Arsylin

Eiweisspräparat.
Enthält Phosphor und Arsen in entgifteẗer Form.

Thiocol

Guajacolderivat. Antituberkulöse Wirkung experimentell und klinisch festgestellt.
Völlige Löslichkeit, absolute Geruchlosigkeit, gänzliche Reizlosigkeit, grosse Resorbierbarkeit.
Thiocoltabletten 0,5 gr.

Airol

Geruchloser ungiftiger Ersatz des Jodoforms.

Aneson
Protylin
Brom-Protylin
Eisen-Protylin
pulv. & tabl.

Muster und Literatur zur Verfügung.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & CIE, BASEL (SCHWEIZ), GRENZACH (BADEN)

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

способствуетъ накопленію въ организмѣ бѣлка и фосфора, повышенію окислительной энергіи, усиленію обмѣна веществъ и является поэтому однимъ изъ самыхъ дѣйствительныхъ укрѣпляющихъ средствъ. Образцы и литература высылаются г. г. врачамъ по требованію безплатно.

Покорнѣйше просимъ прописывать **„Санатогенъ фирмы Бауэръ и Ко."** во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками. Главное Представительство Санатогена, С.-Петербургъ, Большая Конюшенная, 29.



PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des **„Pertussin"** war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19**, Seydelstrasse 16.

(4) 0—32.

Statt Eisen! **Statt Leberthran!**

Haematogen HOMMEL

alkohol- und ätherfrei.

Frei von **Borsäure, Salicylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin, noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweissstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von höchstem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

- **Grosse Erfolge bei Rhachitis, Scrophulose, Anaemie, Frauenkrankheiten. Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza etc. etc.)**
- **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern ausserordentlich gern genommen. Mächtig appetitanregend.**

Haematogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch **unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen,** gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Aether etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Mit unserem neuesten, auch im Geschmack bedeutend verbesserten **Haematogen Hommel,** können wir den Herren Aerzten ein **ideales, völlig reines, unbegrenzt haltbares Haemoglobin-Präparat** an Hand geben. Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir

stets **Haematogen HOMMEL** zu ordinieren.

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **grössere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten gerne frei und kostenlos zur Verfügung.

Zu haben in allen Apotheken und Apothekermagazinen.

Nicolay & Co., St. Petersburg, Smolenskaja, 33, Zürich, Hanau a. M. und London.



Bordighera (Riviera Ponente)

Dr. Paul Hänel,
im Sommer in **Bad Nauheim,**
praktiziert wie früher.

Ein Pflanzen-Extract
zum inneren Gebrauche bei
Gonorrhoe und Harnblasen-Entzündung

Antineon Loeher

Verkauf in Apotheken.
Betreffs Literatur sich zu wenden an Provisor

E. GÜRGENS
Moskau, Wolchonka.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.
Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.
Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.
Maximilianowsky Pereulok, 11.
verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.
Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.
Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 9 St. Petersburg, den 1. (14.) März. 1908.

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Kinderhospitals in Riga. Chefarzt Dr. Paul Klemm.

Ueber Spondylitis tuberculosa.

Vortrag gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga am 21. November 1907.

Von

Dr. Carl Sarfels, Assistenzarzt.

Ich habe nicht die Absicht Ihnen eine abgeschlossene Darstellung der Spondylitis zu bieten, sondern werde mich im wesentlichen darauf beschränken, einen Ueberblick über die vorhandenen Behandlungsmethoden zu geben, und die Indikationsstellung für ihre Anwendung in Anlehnung an Rigasche Verhältnisse zu besprechen. Die Pathologie und Diagnostik werde ich nur gelegentlich streifen.

Ich selbst habe noch nicht soviel gesehen, dass ich es wagen darf mit eigenen Erfahrungen vor Sie zu treten. Ich werde nur darüber berichten, was ich am Kinderhospital von meinem verehrten Chef Herrn Dr. Paul Klemm über die Spondylitis gelernt habe. Das Material des Kinderhospitals beläuft sich für die 8 Jahre seines Bestehens auf ca. 200 Fälle, ausgenommen die in der Ambulanz erledigten.

Die Grundsätze für die Behandlung der tuberkulösen Spondylitis sind dieselben wie bei jeder Knochentuberkulose. Wir haben vor allen Dingen eine Hebung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der Widerstandsfähigkeit anzustreben; gleichzeitig wenden wir eine lokale Behandlung an, welche zur Aufgabe hat, die erkrankten Teile gegen Insulte zu schützen und nach Möglichkeit gegen Verkrümmungen zu sichern, oder bereits vorhandene Verkrümmungen zu korrigieren. In einzelnen Fällen kann der Krankheitsherd operativ entfernt werden. Das ist alles, was wir bei der Knochentuberkulose tun können. Bei der Spondylitis kommt auch die operative Methode fast ganz in Wegfall; ich werde sie im Weitern ignorieren, weil ihre Resultate anerkanntermassen sehr wenig ermunternde sind. Direkte Heilmittel sind viel gesucht worden, doch ist für keins derselben ein Erfolg bewiesen, daher sind sie nur zu Versuchszwecken zulässig. Wo wir lediglich behandeln, müssen wir sie verwerfen, weil absolute Unschädlichkeit wohl nur selten einem Heilmittel nachgerühmt werden kann. Ich meine hier namentlich das noch immer oft verordnete Kreosot mit seinen Derivaten, das Tuberkulin, die Biersche Stauung.

Die allgemeine Behandlung betrifft vor allen Dingen die hygienischen Verhältnisse; die namentlichen Faktoren sind Luft, Licht, zweckmässige Ernährung. Diese wesentlich zu bessern ist bekanntlich bei armen Leuten, deren Krankheit ja die Tuberkulose ist, unmöglich, wenn man den Kranken in seiner gewohnten Umgebung lässt. Da wir keine Volkssanatorien haben, müssen wir meist auf diesen Teil der Behandlung verzichten. Dasselbe gilt für einen weitern wichtigen Heilfaktor: das Seeklima und das See- resp. Schlammbad. Was für den Unbemittelten übrig bleibt, ist die Apotheke, und das ist herzlich wenig. Wenn wir das leider sehr teure Haematogen als ausgezeichnetes Stomachicum, und den Leberthran nennen, so ist damit der in Betracht kommende Arzneischatz so ziemlich erschöpft.

Wir können also diesem wichtigen Teil der Behandlung in den meisten Fällen nicht gerecht werden. Es wäre daher dringend zu wünschen, dass von maassgebender Seite die Gründung eines Strandsanatoriums für chirurgisch-Tuberkulöse angeregt würde. Wir haben Anstalten für Irre, Lepröse, Invaliden, Sieche und andere in der menschlichen Gesellschaft nicht mehr verwendbare Individuen, aber für Tuberkulöse, bei denen es noch was zu retten giebt, haben wir, wenn die Dinge günstig liegen, nur einen Platz in überfüllten Krankenzimmern. Die ganze Sanatorienbewegung ist an uns spurlos vorübergegangen.

Meines Wissens existiert bei uns von ähnlichen Instituten nur das Windausche Sanatorium, welches von einer Petersburger wohltätigen Gesellschaft gegründet ist, aber leider unter oft wechselnder, nicht spezialistischer Leitung steht und für chirurgische Eingriffe garnicht eingerichtet ist. Einen Chirurgen soll es auch in der Stadt nicht geben, wie mir die Leiterin der Anstalt, eine junge Kollegin, klagte. Sie musste deshalb im vorigen Jahre mit einem Kinde, dem ein kleiner tuberkulöser Knochenherd auszuschaben war, die Reise nach Riga machen. Sonst ist die Anstalt recht gut eingerichtet und überhaupt, wie es scheint, materiell nicht schlecht gestellt. Ich habe hier einige illustrierte Jahresberichte, nach denen man sich vom Ganzen eine Vorstellung machen kann. (Demonstration).

Für in den Ostseeprovinzen Ansässige kommt dieses trotz seiner Mängel überaus nützliche Institut kaum in Frage, denn erstens wird die Begutachtung der Aufnahmekandidaten in Petersburg vorgenommen, zweitens haben wir natürlich garnicht die moralische Berechtigung fremde Wohltätigkeit in Anspruch zu nehmen.

Was wir brauchen, ist ein eigenes, möglichst geräumiges und weiten Kreisen zugängliches Sanatorium am Strande mit orthopädischer und chirurgischer Einrichtung, unter entsprechender Leitung. Ohne dieses können wir unseren Spondylitikern eine wirksame allgemeine Behandlung wohl kaum bieten.

Dieses gilt für die Unbemittelten. Für wohlhabendere dagegen stehen uns solche Heilfaktoren z. T. zur Verfügung. Von unseren einheimischen Seebädern ist wohl das geeignetste — Arensburg. Es hat ein sehr gleichmässiges Klima, 3 recht gut eingerichtete Schlammbadeanstalten, gehört nicht zu den geräuschvollen Kurorten, obgleich es recht besucht ist (ca. 3500 Badegäste in der Saison). Dabei sind die Preise sehr mässig, sowohl für die Kurmittel, als auch für Wohnung und Kost. Näheres erfährt man aus einem im Kymmelschen Verlag erscheinenden Führer. Es wäre sehr zu wünschen, dass unsere Tuberkulösen noch häufiger nach Arensburg geschickt würden.

Irrationell ist es dagegen, Tuberkulöse nach Kemmern zu dirigieren, wie es ziemlich häufig geschieht. Kemmern ist ein sumpfiger, vom Meer entfernter Ort, und kann seinen Gästen von Kurmitteln nur Schwefelquellen und Moorbäder bieten, die bei Knochentuberkulose nicht indiziert sind, bei Lungentuberkulose sogar kontraindiziert. Ich kann mich hierin auf die Meinung des Direktors der Kemmernschen Bäder, Herrn Dr. L o s i n s k y, stützen. Er führt in seiner Brochüre über moderne Anwendungsmethoden der Schwefelquellen [1]) keine Form der Tuberkulose an, und betont die durch den Schwefelwasserstoff bedingte Gefahr der Haemoptoe bei Schwindsüchtigen. Also Kemmern ist nicht zu empfehlen; bei weitem vorzuziehen ist unser Rigascher Strand. Hier haben wir in nächster Nähe alles, was wir brauchen — bis auf das Sanatorium.

Wenn wir nun in der allgemeinen Behandlung der Spondylitis so wenig leisten können, so müssen wir uns umsomehr bemühen, wenigstens die lokale Behandlung in möglichster Vollkommenheit zu bieten. Es werden uns häufig von Kollegen frische Fälle von Spondylitis zugeschickt zur ambulatorischen Anfertigung eines Korsetts. So einfach ist die Sache denn doch nicht. Wollen wir nun solche Kinder ins Hospital aufnehmen, so gehen die Leute oft darauf nicht ein und berufen sich auf den Arzt der sie geschickt hat. Ganz abgesehen davon, dass die Anfertigung eines Gypsmodells fürs Korsett häufig mehr Zeit und Sorgfalt erfordert als man in einer Ambulanz aufwenden kann, giebt es eine grosse Anzahl von Fällen, die für eine Behandlung mit portativen Apparaten ungeeignet sind.

Die l o k a l e B e h a n d l u n g der Spondylitis bezweckt wie bereits erwähnt, eine Sicherstellung der Wirbelsäule gegen mechanische Insulte und gegen Verkrümmungen. Ersteres ist nötig zur Heilung, das zweite zur Erhaltung der Funktion. Beides suchen wir dadurch zu erreichen, dass wir die Wirbelsäule 1) fixieren, 2) vom Druck der Körperlast befreien. Dazu stehen uns zu Gebote: die Extension, die Reklination, verschiedene Lagerungsapparate und portative Apparate oder Korsetts.

Schon die liegende Stellung allein bedingt einen gewissen Grad von Entlastung und Immobilisation der Wirbelsäule. Durch die E x t e n s i o n wird dieser Effekt verstärkt. Man legt bei hochsitzender Spondylitis die bekannte G l i s s o n'sche Schwinge an und extendiert am Kopf durch einen Sandsack. Die Kontraextension ist bei erhöhtem Kopfende durch das Körpergewicht gegeben. Bei tieferem Sitz der Erkrankung muss auch an den Füssen eine Extension angelegt werden. Was wir durch die Extension erreichen, ist aber meist noch nicht genügend; dafür ist sie, wie wir sehen werden, eine ausgezeichnete Hülfsmethode.

Die R e k l i n a t i o n besteht in einer Lordosierung der Wirbelsäule und wird gewöhnlich durch ein unter den Gibbus gelegtes Polster bewerkstelligt. Infolgedessen fallen die beiden Schenkel des Winkels, den die Wirbelsäule bildet, auseinander, und wir erreichen einen gewissen Grad von Streckung des Gibbus. Diese Streckung ist z. T. Selbstzweck, worauf ich noch zurückkomme, z. T. dient sie der Entlastung. Es wird nämlich der Druck von den erkrankten Wirbelkörpern auf die gesunden Bögen übertragen. Auch die Reklination muss mit anderen Methoden kombiniert werden, um eine gute Wirkung zu entfalten.

Von den Lagerungsapparaten sind die gebräuchlichsten das P h e l p s'sche Stehbett, das L o r e n z'sche Gypsbett und der grosse Gypsverband.

Das S t e h b e t t ist eine Holzlade, im Groben den Körperformen entsprechend, in welcher das Kind mit Binden fixiert wird. Am Kopf wird eine Extension angelegt. Der Apparat kann mit dem Kinde aufrecht an die Wand gelehnt und bequem transportiert werden. Dagegen ist die Fixation lange nicht so vollkommen wie bei den anderen Apparaten; die Extension muss hier, um zu entlasten, ein Gegengewicht gegen den ganzen über dem Krankheitsherde befindlichen Teil des Körpers bieten, also müsste bei tiefer Spondylitis das Kind fast vollständig am Kopf aufgehängt sein. Für cervicale Spondylitis bei kleineren Kindern kann man aber den Apparat recht gut verwerten.

Das L o r e n z'sche G y p s b e t t (Demonstration) ist für eine beliebig lokalisierte Erkrankung anwendbar. Es wird in Reklinationsstellung angefertigt, indem der

[1]) Д-ръ мед. А. А. Л о з и н с к і й. Соврем. методы. лечебн. примѣненія сѣрнистой воды. Прилож. къ „Врачебн. Газетѣ" 1907, № 13.

Kranke in Bauchlage auf einen Rahmen gelegt wird; Schultern, Hüften und Beine werden durch Querbänder gestützt. Dadurch sinkt die Wirbelsäule in Lordosenstellung. Nun verfertigt man aus Gypsbinden eine gut anliegende dorsale Gypshülse, in der das Kind dann nachher mit Binden fixiert wird und hin und wieder zur Reinigung herausgenommen werden kann. Bei cervicaler Spondylitis kann man ausserdem noch am Kopf eine Extension anlegen. Hier ist sowohl die Immobilisation als auch die Entlastung der Wirbelsäule eine recht vollkommene.

Eine wirklich ideale Fixation erreichen wir aber nur im grossen Gypsverbande. Dieser unterscheidet sich vom Gypsbett nur dadurch, dass er vorn geschlossen ist und das Kind folglich nicht herausgenommen wird, solange der Verband in Anwendung ist. Man kann den Verband unter Extension im Hängeapparat, in Rückenlage, oder in Reklinationsstellung anlegen. Wie hoch er reicht, hängt von dem Sitz der Erkrankung ab; wir haben hier 8 Typen.

Vorn bringen wir einen Ausschnitt an, welcher von Calot angegeben ist und zur Erleichterung der Atmung dient. Dieser Ausschnitt ist unerlässlich, denn die Behinderung der Atmung durch einen ganz geschlossenen Verband ist sehr erheblich, da die Kinder bei dieser ruhigen Lage oft an trägem Stuhlgang und an Blähungen leiden, namentlich wenn sie noch gelähmt sind. Wenn man gesehen hat wie aus diesem Fenster mitunter der Bauch ballonähnlich heraustritt, wird man nie mehr einen Verband ohne den Ausschnitt anlegen. Die Nachteile des Verbandes sind die Unmöglichkeit der Reinigung und die Decubitusgefahr, der man durch Polsterung und entsprechende Fenster z. T. begegnen kann.

Unter den portativen Apparaten unterscheiden wir gleichfalls solche die längere Zeit beständig liegen bleiben, und solche die bei Bettruhe abgenommen werden. Die ersteren verfertigt man aus Gyps, die zweiten aus sehr verschiedenen Materialien.

Die Technik des Gypskorsetts ist von Sayre und namentlich von Calot ausgearbeitet worden. Calot legt sein Korsett unter Extension der Wirbelsäule im Hängeapparat an. Dazu verwendet er eine ebenso einfache als praktische Schlinge, die sich auch für die Extension im Bett verwerten lässt und die vielleicht in der Armenpraxis verwendbar wäre. (Demonstration). Sie besteht aus einem $1^1/_2$ M. langen Stück starker Binde, dessen Enden mit einander vereinigt werden. Diese Schlinge teilt man nun durch Sicherheitsnadeln oder durch ein paar Stiche in 8 Teile, von denen der mittlere über den Kopf gezogen und wie die Glisson'sche Schlinge angelegt wird. Hinten befestigt man noch ein Stück Binde, durch welches dem Kopf die richtige Neigung gegeben wird; man kann aber auch statt dessen einfach den Kinnteil etwas länger machen als den Hinterhauptteil; zusammen müssen sie dem frontooccipitalen Umfang + 2 cm. gleich sein. Mittelst dieser Schlinge wird das Kind an einem Flaschenzuge extendiert, so dass die Hacken gerade den Fussboden verlassen. Darauf wird ein Gypsverband angelegt, welcher nur das Gesicht und die Extremitäten freilässt. Bei tiefer dorsaler und bei lumbaler Spondylitis reicht der Verband nur bis an den Hals.

Vorn wird zur Erleichterung der Atmung ein grosser Ausschnitt angebracht, ebenso einer in der Kehlkopfgegend. Dieser Verband unterscheidet sich von dem grossen Liegeverbande nur dadurch, dass die Oberschenkel frei bleiben, dass der Verband tadellos sitzen und eine grössere Festigkeit haben muss. Infolgedessen gehört er zu den schwierigsten Leistungen der Gypstechnik, und wird wohl nie von jedem praktischen Arzte gemacht werden können, wie es Calot haben will. Der Calot'sche Verband fixiert die Wirbelsäule in ausgezeichneter Weise, bis auf den Lumbalteil, für dessen Immobilisation eine Festlegung der Oberschenkel nötig ist. Dagegen wird eine wirklich vollkommene Entlastung in aufrechter Stellung wohl kaum möglich sein. In geeigneten Fällen wird man aber doch durch diesen Verband in die Lage gesetzt werden, auch bei frischen Erkrankungen auf die Bettruhe zu verzichten. Natürlich muss man dazu aber die Technik vollkommen beherrschen.

Die abnehmbaren Korsetts werden aus den verschiedensten Materialien und in der verschiedensten Weise verfertigt. Es ist daher notwendig, dass man sich genau darüber im klaren ist, was man von einem Korsett verlangen muss.

Das Korsett muss natürlich — wie alle orthopädischen Maasnahmen bei der Spondylitis — die Wirbelsäule immobilisieren und entlasten. Wir verzichten aber aus hygienischen Gründen auf die Fixation der Oberschenkel, auf die Bettruhe und auf die Anwendung des Apparates während der Nacht. Will das Korsett trotzdem den orthopädischen Forderungen gerecht werden, so muss es natürlich mit viel mehr Sorgfalt gearbeitet sein, als dies bei den stabilen Apparaten nötig ist.

Die Angriffspunkte für eine Fixation der Wirbelsäule sind erstens die hintere Seite der Wirbelsäule selbst, darauf der Kopf, der Schultergürtel, das Becken. Vom Thorax lässt sich nur die hintere Fläche und die obersten Partieen verwenden, während der übrige Teil nebst dem Abdomen genügend Spielraum für die Atmung haben muss. Es ist von grosser Wichtigkeit, dass das Korsett den genannten Stützpunkten genau anliegt, damit der Druck auf möglichst grosse Flächen verteilt wird. Nur so lässt sich eine wirklich sichere Fixation erzielen und ein ungleichmässiger Druck auf verschiedene Punkte vermeiden. Daraus folgt die Ueberlegenheit derjenigen Apparate welche nach einem Gypsmodell des Körpers gearbeitet sind.

Von den nach Maass gearbeiteten Korsetts sind die besten die nach den Angaben von Hessing hergestellten. Sie werden aus einem gewebten Stoff gemacht und haben als Einlagen Metallschienen; die Cristae ilei und Achselgegenden stützen sich auf gepolsterte Bügel. Die Schultern werden durch Bänder festgeschnallt; der Kopf wird nötigenfalls durch eine besonders anzubringende Stütze gehalten. Diese Korsetts sind als durchaus brauchbar zu betrachten, doch haben sie einige Mängel, die beim Zelluloidkorsett fortfallen. Erstens sind sie recht teuer und wohl etwas zu kompliziert, namentlich wenn sie noch eine Kopfstütze haben. Bei jedem Apparat ist aber eine Grundforderung: Einfachheit. Das ist sowohl im Interesse der richtigen und leichten Handhabung nötig, als auch zur Vermeidung von häufigen Reparaturen. Ich habe ein paar Mal Gelegenheit gehabt zu sehen, wie dergleichen Korsetts von den Eltern angelegt werden, es ist ein Kramen in Bändern, Riemen und Schnallen, und hat man sich schliesslich orientiert, so stellt es sich so manches Mal heraus, dass eine Schnalle abgerissen oder sonst etwas nicht in Ordnung ist. Weiter ist natürlich ein genaues Anliegen der eisernen Stäbe schwer zu erreichen: man wird immer nur ganz im Groben die Linien des Körpers nachahmen können; andererseits werden die weichen Teile des Korsetts zwar gut anliegen, aber immer kleinen Verschiebungen Raum geben. Dadurch wird die Fixation beeinträchtigt, während die Stäbe und Schulterbänder an circumscripten Stellen einen stärkeren Druck

verursachen, welcher sehr unangenehm empfunden werden kann.

Dagegen ist das Celluloidkorsett relativ billig und denkbar einfach zu handhaben. Es wird in folgender Weise hergestellt. Man fertigt zuerst unter Extension im Hängeapparat ein gut sitzendes Gypskorsett an und giesst nach diesem ein Gypsmodell des Körpers. Auf dieses werden nun Binden gewickelt und jede Bindenlage mit Celluloid-Acetonlösung bestrichen. Nach dem Trocknen schneidet man das Korsett auf und montiert es. Falsch anlegen kann man dieses Korsett garnicht, und Reparaturen braucht es nicht. Es liegt tadellos an, da es ja auf einen Gypsabguss des Körpers angefertigt wird, und schliesst infolge seiner Starrheit jede Verschiebung der fixierten Teile aus. Ein nicht geringer Vorzug ist auch durch die Möglichkeit gegeben, Raum für die Atmung zu lassen. Wir erzielen das dadurch, dass wir bei der Herstellung des Gypsnegativs ein Polster auf die Brust und das Abdomen legen, wodurch das Korsett an dieser Stelle einen entsprechenden Hohlraum erhält. Ein Ausschnitt würde die Festigkeit gefährden. Ich kann Ihnen eben leider nur ein Korsett mit Kopfstütze zeigen; die kleinere Form, welche bis zu den Achselhöhlen reicht, unterscheidet sich noch dadurch, dass das Korsett vorn in der Mittellinie und nicht an beiden Seiten aufgeschnitten wird. (Demonstration).

Statt des Celluloid und der Gazebinden verwendet man auch Leim und Holzspäne, oder Wasserglas und Gazebinden. Ein prinzipieller Unterschied wird dadurch nicht bedingt, es leidet nur die Leichtigkeit und Elastizität des Apparates. Von den gangbaren Apparaten sind noch die Lederkorsetts zu nennen. Sie zeichnen sich meist auch durch grösseres Gewicht und sehr hohen Preis aus, haben aber vor dem Zeugkorsett den Vorzug der grössern Starrheit.

Wir haben eben ein Kind in der Abteilung, dessen Vater ein kleinerer Bahnbeamter ist, also nicht zu den Wohlhabenden gehört. Das Kind hat ein Lederkorsett getragen, welches in Moskau hergestellt ist und 70 Rbl. gekostet hat; ausserdem hat es einen 3-wöchigen Aufenthalt in Moskau erfordert, so dass mit ärztlichem Honorar und sonstigen Unkosten ca. 300 Rbl. ausgegeben worden sind. Dieses Korsett, das Sie hier sehen, (Demonstration) hat den wesentlichen Fehler, dass für eine Entlastung der Wirbelsäule nicht genügend gesorgt ist. Die Entlastung erreicht man nach der von Hessing aufgestellten und allgemein anerkannten Forderung dadurch, dass man beiderseits zwischen Achselhöhle und Darmbeinkamm eine Stütze anbringt, welche die Last der oberen Körperteile mit Umgehung der Wirbelsäule auf das Becken überträgt. Bei einem Zeugkorsett geschieht das durch Metallstäbe mit je einem obern und einem untern Bügel, ein starres Korsett braucht nur eine Einschnürung über den Hüften. Diese Einschnürung vermissen wir hier, und infolgedessen reibt das Korsett nur die Aussenseiten der Hüften, anstatt sich auf die Darmbeinkämme zu stützen. Auch die an der äussern Fläche angebrachte Stahlschiene, welche den Hessing'schen Kammbügel markieren soll, wirkt wohl nur als Verzierung.

Gesetzt nun, das Korsett hätte die erforderliche Einschnürung über den Hüften, wäre dadurch für die Entlastung der Wirbelsäule genügend gesorgt? Im vorliegenden Falle nicht, denn der Gibbus beteiligt die mittleren und oberen Brustwirbel. Der Schultergürtel ist aber durch Vermittelung der Muskulatur und des Thorax an der ganzen obern Hälfte der Wirbelsäule befestigt; der latissimus dorsi reicht sogar bis hinunter ans Becken. Wenn wir nun einen Menschen an den Schultern aufheben, so spannt sich der ganze untere Teil dieser Befestigungen an. Wir nehmen an, dass ungefähr die von den mittleren Brustwirbeln abwärts gelegenen Teile einigermassen frei hängen, die oberen Dorsalwirbel sind aber trotz Unterstützung der Schultern der Belastung ausgesetzt. Daraus ergiebt sich die Regel, dass schon bei Beteiligung der mittleren Brustwirbel höher gelegene Stützpunkte gewonnen werden müssen. Man bringt in solchen Fällen eine Stütze am Kopf an, welche seine Last auf das Korsett und durch dessen Vermittelung auf die Cristae ilei überträgt. Man kann diese Stütze besonders herstellen und zum Abnehmen einrichten, oder — wie wir es machen — in einem Stück mit dem Korsett herstellen.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. v. Jaksch: Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bakteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden. 6. Aufl. Urban und Schwarzenberg 1907. 640 S. Preis 18 Mark.

Das Buch des berühmten Prager Gelehrten hat auch in Russland durch die russische Uebersetzung Eingang gefunden und erfreut sich einer grossen Beliebtheit. Dass der grosse Erfolg wohlverdient ist, zeigt auf's Neue die eben erschienene 6. Auflage. Wie stets, hat auch dieses Mal der Verf. nur eigne Studien und Erfahrungen seiner Abhandlung zu Grunde gelegt und mit vollem Vertrauen kann sich der Leser der geschickten und erfahrenen Führung anvertrauen. Giebt es doch kaum ein Kapitel der «inneren Diagnostik», das durch v. Jaksch nicht eine wesentliche Förderung und Bereicherung erfahren hätte. Die 174 Abbildungen sind nach eigenen Präparaten und Angaben hergestellt und für die Richtigkeit der sorgfältig ausgewählten Literaturangaben garantiert der Verf.

Bei der Abhandlung einiger Kapitel, so der Geschlechtsorgane, des Magensaftes und des Blutes hat der Verf. die Beihilfe der Herren v. Franqué, Walko, Hocke und Erben gehabt.

O. M.

Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit. Herausgegeben von Prof. Dr. Paul Dittrich, Prag, Lieferung 14, 15: VIII. Band, 1 Lieferung: Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit, bearbeitet von Dr. Johann Fritsch, Professor der Psychiatrie an der Universität in Wien. Aus dem Strafrecht und dem Strafprozessrecht von Dr. Friedrich von Sölder, Privatdozenten für Psychiatrie und Neurologie an der Universität in Wien. Verbrechen und Vergehen von Geisteskranken, von Dr. Josef Berze, Primararzt an der Niederösterreichschen Landesirrenanstalt in Wien. Wien und Leipzig. 1907. K. und K. Hof- und Universitäts-Buchhändler. Wilhelm Braumüller.

Sehr interessante und umfassende Arbeiten, welche dem zur psychiatrischen Expertise vor Gericht geladenen Arzte das nötige juridische Wissen in hervorragender Weise zugänglich machen. Doch auch als ein Werk von bedeutendem allgemeininteressanten Inhalt, wird das Werk vielen willkommen sein.

Mickwitz.

Dr. A. Blaschko und Dr. Max Jacobsohn in Berlin. Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin 1907. Verlag von Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld.

Das sehr übersichtlich zusammengestellte und mit weissen Blättern durchschossene Taschenbuch entspricht entschieden den Anforderungen, welche an ein brauchbares Nachschlagebüchlein gestellt werden können. Der erste Teil — die allge-

meine Therapie, handelt von den Grundformen der Medikationen, mit einem sich an diese anschliessenden Ueberblick über einige der am häufigsten in der Dermatotherapie gebrauchten Heilmittel. Die physikalisch-mechanische Behandlung wird gleichfalls berücksichtigt. Der spezielle Teil ist von grösserer Bedeutung, als dieses wohl häufig bei zusammengestellten Taschenbüchern der Fall zu sein pflegt, und zwar Dank dem Umstande, dass der Autor sich ganz auf seine eigene Erfahrung verlässt und nur das giebt, was er selbst in vielfältiger Praxis angewandt und erprobt gefunden hat.

Mickwitz.

S. D. Wladuitschko: Zur Pathologie des Rückenmarks bei Sklerodermie. Russisch. Aus dem Laboratorium und der Nervenklinik der Universität Kiew.

Auf Grund der einschlägigen Literatur und einer eigenen Beobachtung kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

I. In 16 Fällen, wo bisher die pathologisch-anatomische Untersuchung des Rückenmarks vorgenommen wurde, wurden gefunden 3 mal degenerative Zellenveränderungen, 3 mal Erscheinungen einer leicht ausgesprochenen diffusen Sklerose, 1 mal degenerativer Prozess sowohl in der weissen wie in der grauen Substanz, vorzugsweise in der letzteren; in den übrigen 9 Fällen wurden gar keine Veränderungen gefunden.

II. Sklerodermie resp. Sklerema ist eine Erkrankung des Nervensystems. Es giebt Formen zentralen Ursprungs, und, nach Ansicht einiger Autoren, auch peripherischen.

III. Unter den Formen zentralen Ursprungs giebt es zweifellos eine Form des Sklerems, welche von einer organischen Affektion des Rückenmarks abhängt.

Michelson.

L. Loewenfeld: Somnabulismus und Spiritismus. Zweite, vermehrte Auflage. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1907. 71 S. Preis 2 Mark.

Das Buch kann allen Interessenten als wissenschaftliches Gegenstück gegen die sich aufdrängenden populären Abhandlungen des modernen Mysticismus warm empfohlen werden. Zur Kennzeichnung der Stellungsnahme des Verfassers seien aus seinen Schlussbemerkungen folgende Sätze wiedergegeben:

«Vom Standpunkte der Kultur betrachtet, bedeutet der Spiritismus die Rückkehr zu einem Aberglauben längst vergangener Zeiten, einem Aberglauben, der dem verhängnisvollen Hexen- und Dämonenwahn gleichkommt und der Aufklärung unserer Zeit gegenüber wie ein Hohn erscheint. Vom Standpunkte der Wissenschaft betrachtet bedeutet der Spiritismus die roheste Materialisation der Seele, der gegenüber der naturwissenschaftliche Materialismus sich als reiner Idealismus präsentiert.

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit den sog. okkulten Phänomenen, welche der Spiritismus bisher als seine Domäne betrachtete, hat .... schon vieles dazu beigetragen, den Schleier des Mystischen von einer Reihe von Tatsachen zu entfernen die von spiritistischer Seite zugunsten ihrer Anschauungen verwertet wurden. Es ist zu erwarten, dass es ernster wissenschaftlicher Forschung gelingen wird, im Laufe der Zeit mehr und mehr von jenen materiellen mediumnistischen Phaenomenen, die uns heute so rätselhaft erscheinen, in den Zusammenhang der Naturvorgänge einzufügen um dadurch wenigstens in den Kreisen der Gebildeten der Ausbreitung des Spiritismus einen Damm zu setzen».

Michelson.

Conrad Brunner. Tuberkulose, Aktinomykose, Syphilis des Magen-Darmkanals. Deutsche Chirurgie. Lieferung 46 e. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke 1907.

Ein sehr verdienstvolles Buch, in dem wohl zum ersten mal die Statistik, Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptome, Verlauf, Prognose, Diagnose und Therapie der genannten Krankheiten, soweit sie im Magen und Darm lokalisiert sind, in ausführlicher Zusammenfassung besprochen werden. Brunner ist schon lange nicht nur als Chirurg, sondern gerade auch als gewissenhafter und zuverlässiger Bakteriolog bekannt, und daher besonders berufen, ein Werk wie das vorliegende zu unternehmen. Wie in allen Lieferungen der Deutschen Chirurgie, so ist auch in der vorliegenden ein äusserst wertvolles Literaturverzeichnis beigegeben, das weitere Arbeiten auf dem wichtigen Gebiet wesentlich erleichtert. Sehr interessant sind auch die historischen Excurse.

Wanach.

Prof. Brieger und Dr. A. Laqueur: Physikalische Therapie der Erkrankungen der Muskeln und Gelenke. 20. Heft der physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen, herausgeg. v. Dr. J. Marcuse u. Doz. Dr. A. Strasser. Verl. von Ferdinand Enke in Stuttgart. gr. 8° 87 Seiten. Preis geh. M. 2.20.

In dem vorliegenden Hefte bringen die beiden Verfasser, der bekannte Direktor der hydrotherapeutischen Anstalt der Berliner Universität Prof. Brieger und dessen ehemaliger Assistent Dr. Laqueur, der jetzt die hydrotherapeutische Anstalt und das mechano-therapeutische Institut am R. Virchow-Krankenhause leitet, auf Grund ihrer reichen praktischen Erfahrungen eine knappe, aber zum Verständnis hinreichende Schilderung der Behandlungsmethoden einer Gruppe von Krankheiten, die recht häufig die Hülfe des Arztes in Anspruch nehmen, aber auch an die Geduld und Energie des Patienten wie des Arztes oft ausserordentliche Anforderungen stellen. Es werden in dem Buche in 5 Abschnitten abgehandelt: Der akute und der chron. Muskelrheumatismus, der akute und chron. Gelenkrheumatismus, die Arthritis deformans, die Omarthritis und sonstige Gelenkerkrankungen, wie Arthritis gonorrhoica, die syphilit. und tuberkulösen Gelenkerkrankungen, die Gelenkneurosen u. a. m. Bei jeder dieser Krankheitsformen werden die betreffenden Erfolg versprechenden physikalischen Behandlungsmethoden: Massage und Gymnastik, Hydro- und Balneotherapie, Elektro- und Radiotherapie, Stauungsbehandlung, Diätotherapie besprochen und ihre Anwendung meist recht ausführlich geschildert.

Da die physikalische Therapie heutzutage allgemeine Anerkennung beanspruchen kann und sie gerade bei den hier in Rede stehenden Erkrankungen die besten Erfolge aufweist sowie durch eine innere Medikation meist nicht ersetzt werden kann, so wird die vorliegende Anleitung zur Anwendung der betreffenden physikalischen Prozeduren denjenigen praktischen Aerzten, die noch wenig mit ihnen vertraut sind, durchaus willkommen sein.

Bernhoff.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 20. März 1907.

Vorsitzender: Blessig, Protokollführer: Moritz.

1. Fischer berichtet vor der Tagesordnung über die Krankheit des kürzlich verstorbenen Leibchirurgen Sr. Maj. Dr. Hirsch. H. litt schon seit Jahren an einer Mitralinsuffizienz. Trotzdem in den letzten Jahren häufig fieberhafte gelenkrheumatische Attaquen eintraten, versah der Verstorbene doch seinen Dienst bis zum Februar a. c. Eine Katarrhalpneumonie, die im Anschluss an Influenza auftrat, führte zu Kompensationsstörung. Ein Lungeninfarkt beschleunigte das Ende, welches am 7. März eintrat.

2. Fuhrmann: 3 Fälle von angeborener Darmatresie. (Erscheint in d. Jahrbuch für Kinderheilkunde).

Diskussion.

Fick. Es giebt Fälle, wie dieses auch Fuhrmann erwähnt hat, in denen bei sehr hochgradiger Darmverengung das Leben doch weiter bestehen kann. So hat F. einen Pat. beobachtet, bei dem der Dickdarm, und zwar das Colon ascendens bis zur Flexura coli hepatica, die Dicke eines Federstieles hatte. Der Pat. wurde 20 Jahr alt und starb unter Ileuserscheinungen. Der Dünndarm oberhalb der Klappe war stark hypertroph.

Ucke hält die Theorie von Kräuter für wenig überzeugend. Wie soll man sich den Schwund des Epithels in dem embryonalen Darm bei der hypothetischen Wandverschmelzung vorstellen?

Henking. Nach Kräuter schwindet das Darmlumen nicht durch Schwund, sondern vielmehr durch Wucherung des Epithels. Die tieferen Darmschichten sollen unter gewissen Verhältnissen mit einander verwachsen können.

Krong und Fuhrmann sprechen sich für die Existenzberechtigung der Kräuter'schen Annahme aus.

3. Amburger spricht über moderne Krebsforschung und berichtet über die Arbeiten Ehrlich's, die derselbe der letzten Versammlung für Krebsforschung in Heidelberg und Frankfurt a/M. vorgelegt hat.

4. Klopfer teilt einen Fall von zystoskopisch diagnostiziertem Zottenpolyp der Harnblase mit, der durch den hohen Blasenschnitt von Prof. G. Tiling erfolgreich entfernt wurde. Pat. 31 J. alt, litt im Laufe von ca. 1½ Jahren an Schmerzen, Harntrübung, gesteigerter Miktionsfrequenz, intermittierenden Blasenblutungen, Ausscheidung von Harngries. Auch soll ein Mal ein ca. erbsengrosses Konkrement abgegangen sein. Vor der Operation wurde Pat. im Laufe einiger Wochen wegen des starken Blasenkatarrhs mit täglichen, nicht reizenden Blasenausspülungen behandelt bis die Kapazität der Blase eine normale geworden. Bei der zystoskopischen Untersuchung erwies sich der Tumor hühnereigross, gewulstet, grau verfärbt, leicht blutend und hinter dem lig. interuretericum am Blasenboden gelegen. Beim Blasenschnitt fand man am Tumor einen ca. 1½ ctm. langen Stiel. Nach Abtragung des Tumors und Blutstillung wird der Stumpf mit Mukosa übernäht und die Blase durch Doppelnaht total geschlossen. Jodoformgazetamponade in den praevesikalen Raum. Der Verweilkatheter wurde am 5. Tage nach der Operation entbehrlich. Wundverlauf ein glatter. Durch die Aetherpneumonie wurde Pat. länger ans Bett gefesselt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich der Tumor aus Epithel und Bindegewebe bestehend, die in gleicher Beziehung zu einander bleiben.

Bei der Entlassung hatte Pat. noch etwas trüben Harn bei normalem Miktus.

(Autoreferat).

Der kasuistische Beitrag erscheint in der Zeitschrift für Urologie.

2) Derselbe bespricht einen Fall von operativ geheilter Calcaneodynie bei einer 52-jährigen Diakonisse, die ohne bekannte Ursache (Trauma ausgeschlossen) Hackenschmerzen hatte, welche sich weder auf Plattfuss noch auf eine Erkrankung des Talocruralgelenks zurückführen liessen. Auf den vorgewiesenen Roentgenbildern beider Füsse sind von den processus mediales beider Calcanei ausgehende spornartig zugespitzte knöcherne Fortsätze sichtbar, welche anatomisch als eine Verknöcherung der Ansatzstelle der fascia plantaris anzusehen sind. Nach operativer Entfernung der Fortsätze durch Prof. Tiling sind die Schmerzen geschwunden obwohl auf einem der zur Kontrolle 4 Mon. nach der Operation aufgenommenen Roentgenogramm noch ein deutlicher wenn auch nicht so dicht wie früher aussehender Fortsatz sichtbar ist.

Der angeführte Fall musste als eine der Erscheinungen der Myositis ossificans aufgefasst werden, deren häufigste Form als Turn-Reit-Exercierknochen zur Genüge bekannt sein dürfte.

(Autoreferat).

Erscheint in «Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen».

Diskussion.

Prof. Tiling. Die Krankengeschichte der durch die Entfernung des kleinen Calcaneusfortsatzes von ihren Schmerzen definitiv geheilten Patientin ist praktisch sehr wichtig und instruktiv. Um so mehr als in den meisten Lehrbüchern von diesen kleinen Knochenhöckern des Calcaneus, man unterscheidet einen Processus medialis et lateralis — als Ursache von Schmerzen keine Rede ist. Es handelt sich bei dem entfernten Fortsatz um die Ansatzstelle des Flexor brevis und wohl auch z. T. des Abductor hallucis; die Fascie zieht über den Processus hinweg und legt sich an der Unterfläche des Calcaneus an.

T. ist auf diesen Processus als Schmerzursache durch den verstorbenen Kollegen Horn aufmerksam gemacht worden, welcher einen Pat. durch Abschlagen des Processus von seinen hartnäckigen Schmerzen heilte. Ein weiterer Fall ist von T's. Assistenten Dr. Janowski operiert und geheilt worden.

Andererseits darf man nun nicht annehmen, dass ein jeder Calcaneusfortsatz Schmerzen verursacht; es giebt stark ausgebildete Höcker, die anstandslos vertragen werden. Es sollte aber bei anhaltenden Fusschmerzen in der Calcaneusregion stets nach diesem Fortsatz röntgenologisch gefahndet werden. Uebrigens müsste man künftig den Fortsatz nicht blos abschlagen, sondern extirpieren.

(Demonstration von Röntgenbildern).

Wanach spricht die Vermutung aus, dass sich unter dem Sehnenansatz ein, event. entzündeter Schleimbeutel befunden haben könne. Die verschiedensten, hartnäckigen Fusschmerzen können durch Bursitis erklärt werden. W. hat solche Bursitiden mehrfach am Köpfchen des 4 ten Metatarsus, auch am hallux valgus beobachtet und als Schmerzursache feststellen können.

Prof. Tiling hat keinen Schleimbeutel an der betr. Stelle gefunden. Es ist auch nicht wahrscheinlich, dass sich ein solcher an dieser Stelle bildet, da die Fascie hier dicht über den Processus hinwegzieht. Es giebt eine ganze Anzahl von «Fusschmerzen», deren Aetiologie wir z. T. noch nicht kennen, die aber sicher nicht auf Bursitis beruhen. Hierher gehört z. B. die Morton'sche Krankheit.

5. Fick demonstriert Röntgenbilder eines Falles von doppelseitiger Calcaneusfraktur, entstanden durch Sturz auf beide Füsse aus einer Höhe von 15 Fuss.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Als Präsident des Mediko-Philanthropischen Komitees für das nächste Triennium, gerechnet vom 27. November 1907, ist, gemäss der Wahl, der bisherige Vizepräsident dieses Komitees, wirkl. Staatsrat Dr. Bulatow, Gehülfe des Obermedizinalinspektors, bestätigt worden, unter Belassung im Amte eines Gehülfen des Obermedizinalinspektors.

— Der ältere Arzt der St. Petersburger Augenheilanstalt, Staatsrat Dr. Germann ist zum Kurator der weiblichen Professionalschule auf den Namen Ihrer Kaiserlichen Hoheit der Grossfürstin Tatjana Nikolajewna in St. Petersburg ernannt worden, unter gleichzeitiger Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Der Prof. ord. der Physiologie an der militär-medizinischen Akademie, beratendes Mitglied des Medizinalrats und wirkliches Mitglied des Kais. Instituts für Experimental-Medizin, wirkl. Staatsrat Dr. J. Pawlow, ist, gemäss der Wahl, als ordentlicher Akademiker der Akademie der Wissenschaften für vergleichende Anatomie und Physiologie bestätigt worden, unter Belassung in den von ihm bisher bekleideten Aemtern.

— Zum Oberarzt des St. Petersburger Findelhauses ist, an Stelle des vor kurzem verstorbenen Dr. van Puteren, der ältere Arzt der Abteilung für Brustkinder am Findelhause und Privatdozent der militär-medizinischen Akademie, Staatsrat Dr. Hubert, ernannt worden, unter Belassung als Privatdozent an der Akademie. — Dr. Hubert, der seine medizinische Ausbildung an der Universität Kasan erhalten hat, wirkt bereits seit 15 Jahren am Findelhause und ist Vorsitzender der Sektion für Schulhygiene in der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit sowie Redakteur des von dieser Gesellschaft herausgegebenen hygienischen Journals. Für seine wissenschaftlichen Arbeiten über Vakzination wurde ihm i. J. 1898 in England die Jenner-Prämie (1000 Pfd. Sterling und eine grosse goldene Medaille) zuerkannt und in Frankreich der Orden der Ehrenlegion verliehen.

— Seinen 70. Geburtstag beging am 5. März n. St. der berühmte Forschungsreisende, Physiologe und Anthropologe Dr. Gustav Fritsch, ordentlicher Honorarprofessor an der Berliner Universität, in voller körperlicher und geistiger Frische. — Seit 36 Jahren gehört Fritsch dem Lehrkörper der medizinischen Fakultät an und leitet seit vielen Jahren die biologisch-mikroskopische Abteilung des physiologischen Instituts. Er ist ein ungewöhnlich vielseitiger Forscher, der sich auch gelegentlich mit der Lösung von Aufgaben befasst, die auf den Grenzgebieten zwischen Naturwissenschaft und Kunst liegen. So verdankt ihm sehr viel die Mikrophotographie; schon auf der Wiener Ausstellung erhielt er für seine Mikrotypien die Fortschrittsmedaille.

— An der Dorpater Universität hat sich mit Genehmigung des Konseils derselben der bisherige rigasche Arzt Dr. Hermann Idelsohn als Privatdozent für Psychiatrie habilitiert. Seine am 14. Februar gehaltene Antrittsrede behandelte das Thema: «Der Einfluss der Konstitution auf Nerven- und Geisteskrankheiten». — Dr. Idelsohn ist aus Riga gebürtig und ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er 1898 die Doktorwürde erlangte und von 1895—97 Assistent der psychiatrischen Klinik war, worauf er seine Studien in Heidelberg und Berlin fortsetzte.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 3./16. Februar in Marburg der frühere langjährige Arzt des Deutschen Konsulats in Moskau, Dr. Otto Gieseler, im eben vollendeten 79. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war aus Bonn gebürtig, hatte seine medizinische Ausbildung aber an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1856—60 studierte. Nach Erlangung des Arztgrades liess er sich als praktischer Arzt in Moskau nieder, wo er fast 40 Jahre tätig war und als Arzt wie als Mensch namentlich in der Deutschen Kolonie in hohem Ansehen stand. Nach Vollendung seines 70. Lebensjahres gab er seine Praxis in Moskau auf und siedelte nach Marburg über, wo er seinen Lebensabend verbrachte. Dass er als langjähriger Konsulats- und Vereinsarzt in seiner Herzensgüte fast vier Jahrzehnte hindurch für mittellose Kranke der Deutschen Kolonie aufopfernd gesorgt hat, bezeugen die Widmungsworte des Ehrengeschenks, das ihm der Vorstand des Vereins Deutscher Reichsangehöriger zum 70. Geburtstage überreichte: «Dem Arzte und dem stets bereiten Helfer unserer Armen». 2) In Moskau am 6. Februar der Arzt des Scheremetjew'schen Krankenhauses Dr. Fedor Buljnbasch im Alter von 64 Jahren. Er wurde während einer Vorstellung im Theater vom Schlage gerührt. Als Arzt ist B. seit 1874 stets in Moskau tätig gewesen. 3) In Grosny (Terekgebiet) der ältere Arzt des Grosnyschen Reservebataillons Dr. Franz Shichlewitsch im 51. Lebensjahre nach 27-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Berlin der Geh. Medizinalrat Dr. A. Bär, langjähriger Arzt an der Strafanstalt Plötzensee (bei Berlin) und einer der bedeutsamsten Förderer der Gefängnishygiene, im vollendeten 74. Lebensjahre. Von seinen zahlreichen Arbeiten heben wir hier «Die Gefängnisse, Strafanstalten und Strafsysteme in hygienischer Beziehung», «Das Vorkommen der Lungenschwindsucht in den Gefängnissen» und «Ueber das Vorkommen der Lungenschwindsucht in den Gefängnissen» hervor.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Zum Prorektor der Universität Kasan ist vom Konseil der Professor der Anatomie Dr. Wladimir Tonkow gewählt worden.

— Von der medizinischen Fakultät der Universität Kiew ist ein Konkurs zur Besetzung des Lehrstuhls der Pharmakologie ausgeschrieben worden. Bewerber haben ihre Gesuche unter Beifügung der Dokumente bis zum 28. April d. J. einzureichen.

— An der Dorpater Universität sind in diesem Semester bisher nur 130 neueintretende Studenten immatrikuliert worden; von diesen haben in der medizinischen Fakultät 15 Studierende (von anderen Universitäten) nur in die älteren Kurse aufgenommen werden können, da die ersten drei Kurse ihren vorjährigen Bestand von Studenten behalten haben. Das stärkste Kontingent der Neuaufgenommenen haben wieder die geistlichen Seminare gestellt, nämlich 58, während von den Gymnasien nur 25 Abiturienten aufgenommen worden sind. Von den soeben immatrikulierten Studenten stammen 83 aus dem Innern des Reiches, 29 aus den polnischen Gouvernements (meist Studierende von der geschlossenen Warschauer Universität), 17 aus den Ostseeprovinzen (aus Livland — 11, aus Kurland — 4 und aus Estland 2). Die verhältnissmässig geringe Zahl der in die Dorpater Universität eingetretenen Absolventen der ostseeprovinziellen Gymnasien beweist wieder, dass die Mehrzahl dieser Absolventen nicht wie früher an ihrer heimatlichen Universität, sondern an anderen Hochschulen ihre Studien macht.

— Die Feier des 350-jährigen Jubiläums der Universität Jena ist auf den 18./31. Juli d. J. festgesetzt. Am selben Tage wird auch das neuerbaute Universitätsgebäude eingeweiht werden. Einladungen zur Teilnahme an der Feier sind an zahlreiche Hochschulen und studentische Korporationen bereits ergangen. Auf der Feier werden offizielle Reden mit freien Vorträgen und Fastnachtsspielen abwechseln, ein Marktfest soll arrangiert werden, historische und Massenaufzüge, Fackelzüge u. dergl. mehr.

Standesangelegenheiten.

— In der vorigen Woche ist der als Organisator einer sozialrevolutionären Räuberbande verhaftete frühere Abgeordnete der ersten Reichsduma Dr. Kornilje w unter starker Eskorte aus Wiborg in ein Petersburger Gefängnis übergeführt worden. Am 22. Februar ist auch seine Gattin nach einer Durchsuchung ihrer Wohnung in Wiborg arretiert und ins Gefängnis abgefertigt worden. Der verhafteten Frau Korniljew wurde ein vom St. Petersburger Untersuchungsrichter für besonders wichtige Angelegenheiten ausgefertigtes Schriftstück vorgewiesen, in welchem gegen sie die Anklage erhoben wird, bei der Organisation der Korrespondenz zwischen den einzelnen Gliedern der nordischen Kampfdrushina der Partei der Sozialrevolutionäre behülflich gewesen zu sein.

— In Kutais ist der jüngere Arzt des örtlichen Militärlazaretts Dr. Georg Korkaschwili vom Generalgouverneur als politisch verdächtig aus den Grenzen des Gouvernements ausgewiesen worden.

— Einem Telegramm im «Herold» zufolge, wurden in Wjatka in den letzten Tagen 14 Aerzte und Lehrer verhaftet.

— Unter den Patientinnen und Freunden des leider so früh verstorbenen Dr. Carl v. Rentelп ist, wie die «St. Pet. Ztg.» erfährt, der Gedanke angeregt worden, auf seinen Namen im Evangelischen Hospital und Diakonissenhause in St. Petersburg ein Freibett zu stiften, weil der Dahingeschiedene in dieser Anstalt der Barmherzigkeit jahrelang als Ordinator und Vertreter des Direktors in grosser Freudigkeit und mit reichem Erfolge gewirkt hat.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass dieser Gedanke bei all denen Anklang und tatkräftige Unterstützung finden wird, denen C. v. Renteln als tüchtiger und aufopferungsvoller Arzt und edler und warmer Mensch nähergetreten ist, insonderheit bei denen, welche eine Dankesschuld ihm gegenüber zu haben glauben. Ein würdigeres Denkmal kann ihm nicht gesetzt werden.

Zur Entgegennahme von Gaben zu diesem Zweck haben sich nachstehende Damen seitens des Verwaltungsrats des Evangelischen Hospitals autorisieren lassen: Frau Dr. H. v. Arronet, Kirotschnaja 8, Frau Pastor C. Freifeldt, Kirotschnaja 8, Baronesse M. Kaulbars, Liteiny Prosp. 51, Baronin H. v. Meyendorff, W. O. 1, Linie 10, Baronin K. v. Nolde, Fontanka 183, Frau J. v. Rosenberger, W. O., Gr. Prospekt 5 und Frau M. v. Veh, Isaaksplatz 3.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die «Birshewyja Wedomosti» bringen die kaum glaubliche Nachricht, dass in Anbetracht der vollen Unordnung und Desorganisation, die im Kurorte Staraja Russa herrschen soll, der neuernannte Direktor desselben, Dr. Issajew, sich weigert, sein Amt anzutreten.

— Wie aus Moskau berichtet wird, werden dort auf Initiative des Direktors des Neuen Katharinenhospitals, Prof. Dr. Rossolimo, in diesem Hospital für die Kranken literarisch-musikalische Abende veranstaltet, an welchen auch hervorragende Kräfte der Opern- und dramatischen Bühnen mitwirken. Der in der vorigen Woche veranstaltete gesellige Abend bereitete den Kranken viel Vergnügen.

— Die Pockenepidemie in Moskau weist keine starke Zunahme auf; es befanden sich am 10. Februar im Ssokolniker Hospital 253 Pockenkranke in Behandlung. Die Zahl der am Rückfalltyphus erkrankten Personen, die in den Moskauer städtischen Krankenhäusern untergebracht sind, ist in stetem Wachsen begriffen und belief sich am 10. Februar auf 430 Personen. Am Flecktyphus lagen 103 Personen danieder.

— Die Gründung eines Lupusheims fand, wie aus Wien berichtet wird, in der Wiener Gesellschaft der Aerzte in Anwesenheit zahlreicher Aerzte und Damen der Gesellschaft statt. Es soll nach der Methode des Wiener Professors Dr. Lang eingerichtet werden, der in der von ihm geleiteten Lupusheilstätte seit 1904 bereits 1666 Lupuskranke behandelt und viele von ihnen geheilt hat.

Bf.

Am 28. Jan. d. J. betrug die Zahl der Kranken 13580 (188 mehr als in der Vorwoche.), darunter 1446 Typhus — (62 mehr), 937 Syphilis — (23 mehr), 288 Scharlach — (9 mehr), 243 Diphtherie — (16 mehr), 82 Masern — (3 wen.) und 45 Pockenkranke (8 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 20. bis zum 28. Jan. d. J. im ganzen 952, darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 38, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 25, Scharlach 18, Diphtherie 18, Croup 0, Keuchhusten 9. Croupöse Lungenentzündung 43, Erysipelas 6, Grippe 22, Katarrhalische Lungenentzündung 103, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 284, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 113, Tuberculose anderer Organe 30, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 67, Marasmus senilis 40, Krankheiten der Verdauungsorgane 115, Totgeborene 43.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 2. Febr. d. J. 13742 (162 mehr als in der Vorwoche), darunter 1636 Typhus — (190 mehr), 937 Syphilis — (0 wen.), 296 Scharlach — (8 mehr), 228 Diphtherie — (15 wen.), 93 Masern — (11 mehr), und 48 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 27. Jan. bis 2. Febr. d. J. im ganzen 940, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 47, Febris recurrens 8, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 40, Scharlach 7, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 13, Kroupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 5, Grippe 18, Katarrhalische Lungenentzündung 92, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 239, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 131, Tuberkulose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 69, Marasmus senilis 35, Krankheiten des Verdauungskanals 139, Totgeborene 35.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 4. März 1908.

Tagesordnung: 1) Henking: Ueber die angeborene Atresie der Speiseröhre.
2) Wanach: Zur Pathologie der Kniescheibe.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 10. März 1908.

Tagesordnung: Fick: Ueber die Erkrankungen des Meckel'schen Divertikels.



PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in **hervorrag.** Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) 0—33.

BAD KUDOWA

Reg.-Bez. Breslau
Bahnst. Kudowo oder Nachod.
400 m über dem Meeresspiegel.

Saison: Vom 1. Mai bis Oktober.

Arsen-Eisenquelle: Gegen Herz-, Blut-, Nerven- und Frauenkrankheiten.
Lithion-Quelle: Gegen Gicht, Nieren- und Blasenleiden.
Natürliche Kohlensäure- und Moorbäder.
Neu erbohrte, ausserordentlich kohlensäurehaltige und ergiebige Quelle. Komf. Kurhotel. Theater- und Konzertsäle. Anstalt für Hydro-, Elektro- und Licht-Therapie. Medico-mechanisches Institut. Hochwasserleitung und Kanalisation.

Badeärzte: Geh. Sanitäts-Rat Dr. Jacob, Dr. Karfunkel, Dr. Hermann, Dr. Witte, Privat-Dozent Dr. Ruge, Sanitäts-Rat Kuhn, Dr. Silbermann, Dr. Münzer, Dr. Brodzki, Dr. Hirsch, Dr. Loebinger, Dr. Kabierschke, Dr. Bloch, Dr. Schnabel, Zahnarzt Dr. Wolfes.

Brunnen-Versand durch die Generalvertretung Dr. **S. Landsberg,** Berlin SW. Gitschinerstr. 107, Telephon-Amt IV 1048, und die Bade-Direktion Kudowa.

Prospekte gratis durch **sämtliche Reisebüros, RUDOLF MOSSE** und

Die Bade-Direktion.

Chemische Fabrik auf Aktien
(vorm. E. Schering) Berlin
empfiehlt

SUBLAMIN SCHERING

(Hervorragender Ersatz für Sublimat).

Ausgezeichnet durch grosse Reizlosigkeit. Tiefenwirkung und leichte Löslichkeit. Weniger toxisch als Sublimat.

Tabletten à 1 Gramm

GLUTOL SCHERING

nach Prof. Dr. Schleich
(Hervorragendes Wundheilmittel).

Literatur gratis zur Verfügung. (23) 24—13.

General-Vertrieb: Agences du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau und Moskau.
Briefadressen: Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau.
Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Moskau.
Telegrammadressen: Pasteur, Warschau und Pasteur, Moskau







Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 10 St. Petersburg, den 8. (21.) März. 1908.

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Kinderhospitals in Riga. Chefarzt Dr. Paul Klemm.

Ueber Spondylitis tuberculosa.

Vortrag gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga am 21. November 1907.

Von

Dr. Carl Sarfels, Assistenzarzt.

(Schluss.)

Dasselbe Kind, dem dieses Lederkorsett gehört, hat nachher ein Zeugkorsett bekommen, welches genau dieselben Fehler aufweist, aber ausserdem noch schlaff ist. Seitdem ist der Gibbus, wie die Mutter sagt, mit jedem Tage gewachsen, und das ist durchaus erklärlich. Das Lederkorsett gab wenigstens durch seine starre Form dem Körper einen gewissen Halt; fällt auch dieses fort, so geht natürlich jeglicher orthopädische Effekt verloren.

Ich rekapituliere, was für die Qualität eines orthopädischen Korsetts hauptsächlich in Betracht kommt.

1) Das Material ist nicht ausschlaggebend, doch hat das Zelluloid die meisten Vorzüge.

2) Unbedingt vorzuziehen sind Korsetts, die nach einem Gypsabguss des Körpers angefertigt sind.

3) Das Korsett muss eine unabänderliche Form haben, nach Möglichkeit starre Wandungen, mindestens starre Einlagen in genügender Zahl.

4) Zwischen Darmbeinkamm und Achselhöhle muss unbedingt eine starre Stütze ausgespannt sein; der untere Bügel muss die Taille genügend eindrücken, um den Darmbeinkamm von oben zu treffen.

5) Eine Kopfstütze ist erforderlich bei Lokalisation der Erkrankung von den mittleren Brustwirbeln aufwärts.

6) Das Korsett muss die Atembewegungen des Thorax und des Bauches möglichst wenig behindern.

Ich bin bei der Betrachtung unserer orthopädischen Methoden von 2 Grundforderungen ausgegangen: der Immobilisation und der Entlastung der Wirbelsäule. Diese entsprechen zweien von den anfangs genannten Zielen der Behandlung: der Schaffung günstiger Bedingungen für die Heilung und der Verhinderung von Verkrümmungen. Es bleibt noch ein Prinzip zu erörtern: die Korrektion der bereits vorhandenen Verkrümmungen.

Es ist allgemein bekannt, dass das Calotsche forcierte Redressement sehr bald nach dem Aufkommen der Methode allgemein verworfen wurde und jetzt wohl garnicht geübt wird. Ich habe es noch einmal als Student von Prof. Koch in Dorpat machen sehen. Es wäre aber falsch anzunehmen, dass mit dieser Methode das ihr zu Grunde liegende Prinzip steht und fällt. Wir sind ebenso entfernt von der Anschauung einiger älterer Chirurgen, welche den Gibbus durch Belastung des Kopfes künstlich vergrösserten. Im Allgemeinen herrscht wohl die Anschauung, dass man erstens die Ausbildung eines Gibbus soviel als möglich verhindern soll — was wir ja auch tun wenn wir die Wirbelsäule fixieren und entlasten; zweitens soll man in geeigneten Fällen den Gibbus soweit korrigieren, als dies auf sehr schonende Art möglich ist. Dies wird auch allgemein geübt, und zwar durch die Extension und die Reklination. Besonders wirksam ist eine Kombination beider Methoden, wie wir das z. B. an dem Knaben gesehen haben, von

dem die photographische Aufnahme gemacht ist. Er hatte einen ziemlich grossen Gibbus welcher jetzt fast ganz korrigiert ist. Aber auch das modifizierte Calotsche Redressement, wobei die Operation auf mehrere Sitzungen ausgedehnt wird, ist bis jetzt von hervorragenden Orthopäden, u. A. von Hoffa ausgeführt worden, allerdings nur bei aussichtslosen Lähmungen.

In der neuesten Zeit ist nun Calot wieder mit einer redressierenden Methode an die Oeffentlichkeit getreten[1]). Er korrigiert jetzt den Gibbus dadurch, dass er in dem Gypsverband (oder auch im Zelluloidkorsett) über dem Gibbus ein Fenster anlegt und durch dieses eine permanente Wattekompression ausübt. Er publiziert auch günstige Resultate und belegt sie durch Photographieen.

Es wäre verfrüht die Calot'sche Methode für die allgemeine Anwendung zu empfehlen; es muss erst festgestellt werden, was sie leistet. Worauf ich hinweisen wollte, ist nur — dass das Prinzip der Korrektion des Gibbus nicht, wie vielfach geglaubt wird, endgiltig fallen gelassen worden ist. Es ist Calot hoch anzurechnen, dass er sich um die von anderen Orthopäden etwas vernachlässigte Ausarbeitung redressierender Methoden die redlichste Mühe giebt. Was davon bleibend ist, wird die Zukunft lehren; jedenfalls bleibt es aber Calots Verdienst dem von ihm verfochtenen Grundsätz die gebührende Beachtung verschafft zu haben.

Ich will Ihnen nun darüber referieren, wie wir im Kinderhospital den Indikationen der Spondylitisbehandlung durch die uns zu Gebote stehenden mechanischen Methoden gerecht zu werden suchen. Bei der Gelegenheit werde ich auch die Behandlung der Komplikationen besprechen. Vor allen Dingen gilt es festzustellen, ob Bettruhe nötig oder ein Gehkorsett zulässig ist. Dass eine floride Spondylitis im Bett gehalten werden muss, darüber sind fast alle Orthopäden einer Meinung. Nur Calot — soviel ich weiss — lässt die Kinder mit seinem Kopfrumpfverband umhergehen. Ebenso verbieten natürlich Senkungsabszesse und vorgeschrittene Lähmungen eine ambulante Behandlung.

Mein erster Griff bei einer Spondylitis ist nach der Darmbeingrube, denn einen Psoasabszess findet man häufig ohne dass er irgend welche merkbare Symptome gemacht hätte. Die anderen Senkungsabszesse sind ohne weiteres sichtbar. Der Senkungsabszess erfordert stationäre Behandlung, doch können wir aus seinem Vorhandensein keine besonderen Schlüsse über die Acuität der Erkrankung ziehen. Ich will hier gleich erwähnen, dass wir die Senkungsabszesse immer spalten, den Eiter und die Tuberkelmembran entfernen und die Höhle mit Jodoform behandeln. Ein Tampon wird nur für die ersten Tage eingeführt. Häufig erlebt man es nun, dass keine weitere Sekretion stattfindet und die Wunde sich schliesst. In anderen Fällen bleibt eine mehr oder weniger stark sezernierende Fistel. Man hat vielfach die Fistel für die schlimmste Komplikation der Spondylitis erklärt. Tatsächlich kommt es vor, dass die Fistel fortdauernd stark sezerniert und in wenigen Monaten der Tod eintritt. Es ist aber reine Ansichtssache, ob wir das auf die Fistel oder auf das davon unabhängige Fortschreiten der Krankheit schieben wollen. Eine Statistik über die Frage besitzen wir meines Wissens nicht. In den meisten Fällen schliesst sich die Fistel, nachdem sie eine Zeitlang geeitert hat. Natürlich ist es notwendig eine sekundäre Infektion durch möglichst aseptische Behandlung und durch Jodoformglyzerininjektionen fernzuhalten. Die andere Methode, die Punktion der Abszesse mit anschliessenden Jodoformglyzerininjektionen, ist bei uns früher angewandt, aber wieder verlassen worden, weil die Abszesse immer wiederkehrten.

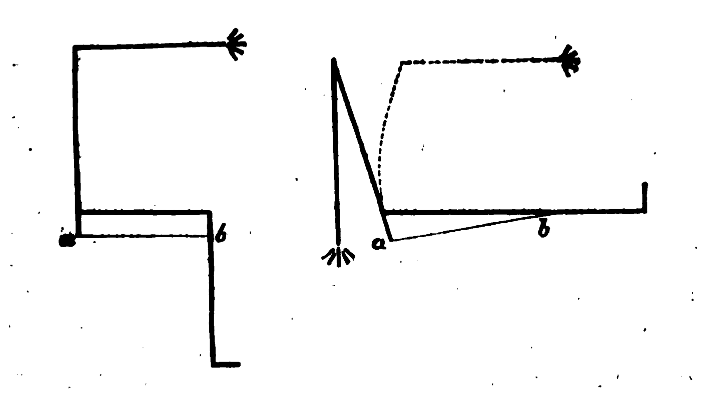
Haben wir einen Senkungsabszess ausgeschlossen, so fahnden wir nach einer Lähmung. Kann das Kind gar nicht gehen, auch nicht sitzen, so wäre es zwecklos ihm ein Korsett zu machen. Andererseits wäre es eine Unterlassung, wenn wir die durch die Lähmung erzwungene Bettruhe nicht dazu benutzten, eine der Lagerungsmethoden anzuwenden, auch wenn wir sonst in demselben Stadium auf diese zu Gunsten des Gehkorsetts verzichtet hätten. Die Lähmung als solche erfordert keine Behandlung, allenfalls rechtfertigt sie eine energischere Anwendung redressierender Methoden. Vielfach sieht man, dass spondylitische Lähmungen mit Faradisation behandelt werden. Mir scheint das verlorene Mühe zu sein. Mit der Faradisation bezwecken wir hauptsächlich den trophischen Einfluss des Nervenzentrums zu ersetzen und die Inaktivitätsatrophie einzuschränken. Bei einer spondylitischen Lähmung ist nun weder das Eine noch das Andere nötig, denn wir haben es hier in der Regel mit einer Myelitis transversa zu tun, bei der die trophischen Zentren im Rückenmark erhalten sind und nur die Leitung zum Cerebrum unterbrochen ist. Allenfalls wäre es gerechtfertigt das Rückenmark zu faradisieren, damit die Zellen der Vorderhörner genügend Impulse erhalten und nicht verkümmern. Die Muskulatur dagegen erhält eher zuviel als zu wenig Impulse, weil die hemmende Wirkung der Pyramidenbahnen wegfällt. Infolgedessen befindet sie sich in beständiger Kontraktion und von Inaktivität ist nicht die Rede. In der Tat stellen sich Atrophieen erst mit dem Nachlassen der spastischen Erscheinungen ein, also wenn es schon zu sekundärer Degeneration der Vorderhörner gekommen ist. In diesem Stadium mag auch die Faradisation der Extremitäten von Nutzen sein. In einzelnen Fällen haben wir übrigens auch die Symptome einer Poliomyelitis, d. h. einer schlaffen, mit Atrophieen verbundenen Lähmung. Dieser Fall kann namentlich dann eintreten, wenn die Läsion die Hals- oder Lendenanschwellung des Rückenmarks trifft. Diese Lähmungen wird man von Anfang an mit Faradisation behandeln.

Ein Beispiel von einer Kombination beider Lähmungsformen werde ich Ihnen gleich demonstrieren. (Demonstration). Es ist ein Knabe, der im Sommer 1904 mit cervicaler Spondylitis und spastischer Lähmung der unteren Extremitäten, schlaffer Lähmung der linken obern Extremität erkrankte. Die Spondylitis ist jetzt als ausgeheilt zu betrachten, geblieben ist eine Parese der linken obern Extremität mit starken Atrophieen und Entartungsreaktion, und eine spastische Parese der linken untern Extremität mit stark erhöhten Reflexen und Fussclonus. Interessant ist in diesem Fall auch die Halbseitigkeit der Lähmung. Herr Dr. Stender ist so liebenswürdig gewesen sich den Fall anzusehen und die neurologische Diagnose zu stellen. Es handelt sich um einen ausgeheilten myelitischen Prozess in der linken Hälfte etwa des VI—VII Halssegments, welcher jedenfalls die graue Substanz beteiligt. Die genauere Lokalisation wird u. A. durch eine Läsion der Regio ciliospinalis ermöglicht; die linke Pupille ist nämlich enger als die rechte.

Haben wir nun die beiden Komplikationen, durch welche eine ambulante Behandlung unmöglich gemacht wird, ausgeschlossen, so suchen wir ein Urteil darüber zu gewinnen, welchen Grad der Acuität die Spondylitis selbst hat. Hier sind in Betracht zu ziehen: die Anamnese, der Allgemeinzustand und der lokale Befund. Besteht die Erkrankung erst wenige Monate, so werden wir a priori annehmen, dass sie noch florid ist und dementsprechend eine Behandlung in horizon-

[1]) Calot. Die Behandlung der tuberkulösen Wirbelsäulenentzündung. Uebers. von Ewald. Stuttgart 1907.

taler Lage einleiten; ebenso wenn der Allgemeinzustand nach den allbekannten Symptomen auf eine floride Tuberkulose schliessen lässt. Ist beides aber nicht der Fall, so lassen wir am besten das Kind selbst zeigen, wie fest es seine Wirbelsäule fixiert haben will, d. h. wir lassen es gehen, sich bücken, Gegenstände von der Diele aufheben, und achten darauf, ob diese Bewegungen einigermassen frei sind oder ob dabei die Wirbelsäule sorgfältig geschont wird. Die Zeichen für letzteres sind charakteristisch und allgemein bekannt. Namentlich ist auf den Gang zu achten, welcher auch bei fehlendem Gibbus pathognomonisch ist. Die Kinder gehen gewöhnlich mit leicht rückwärts geneigtem Oberkörper, kontrahierter Rückenmuskulatur, und schleichen mit kleinen Schritten, um das Becken nicht zu bewegen und Erschütterungen zu vermeiden. Durch diese Gangart erreichen sie einen gewissen Grad von Immobilisation und Reklination der Wirbelsäule. Auch der Kopf wird nach Möglichkeit ruhig gehalten, selbst bei tieferer dorsaler Spondylitis. Machen wir solch einem Patienten ein Korsett bis zu den Achselhöhlen, so ist es eine fromme Täuschung, wenn wir meinen dadurch viel für ihn zu tun. Tatsächlich tut er selbst viel mehr, denn er wendet, wie wir gesehen haben, noch folgende orthopädische Maassnahmen an: 1) Vermeidung von Erschütterungen. 2) Immobilisation der Wirbelsäule auch in entfernteren Teilen. 3) Reklination. Diese Symptome sind natürlich nicht in allen Fällen so deutlich wie ich sie geschildert habe, namentlich wenn die Erkrankung sich am obern oder untern Ende der Wirbelsäule lokalisiert. Für die lumbale Spondylitis möchte ich mir erlauben Sie auf ein Symptom aufmerksam zu machen, welches eine Steifigkeit im untersten Teil der Wirbelsäule in ganz objektiver Weise festzustellen oder auszuschliessen gestattet. Man setzt das Kind hin und lässt es die Beine ausstrecken. Dadurch werden die Unterschenkelbeuger (ab) angespannt, die Tubera



ischii (a) nach vorn gezogen, und beim gesunden Menschen eine Rückwärtsneigung des Beckens und entsprechende Krümmung der Wirbelsäule veranlasst. Bei Steifigkeit des untern Teils der Wirbelsäule muss der Oberkörper nach hinten fallen und das Kind stützt sich auf die Hände. Gewöhnlich sitzen diese Kinder ganz aufrecht mit untergeschlagenen Beinen. Durch dies Symptom kann man namentlich auch eine ausgeheilte lumbale Spondylitis diagnostizieren. Es fehlt natürlich, wenn ein grösserer Gibbus vorhanden ist.

Wir wählen also die Behandlungsmethode je nach dem Grade dieser Steifigkeit der Wirbelsäule. Ein abnehmbares Korsett machen wir nur dann, wenn die Bewegungen ganz zwanglos sind und nur im Bereich der direkt affizierten Wirbel eine durch den ankylosierenden Prozess erklärliche Steifigkeit besteht. Jede Empfindlichkeit kontraindiziert natürlich auch eine ambulante Behandlung, denn auch die steife Haltung ist ja nur ein objektives Symptom der Empfindlichkeit.

Ein weiterer in Betracht kommender Umstand ist das Fortschreiten der G i b b u s b i l d u n g. Hat die Verkrümmung noch in der letzten Zeit zugenommen, oder hat sie sich sogar sehr schnell ausgebildet, so können wir darauf rechnen durch Reklination und Extension eine teilweise Korrektion zu erreichen, bevor wir andere Lagerungsmethoden anwenden. Nur wenn der Gibbus bereits einigermassen stabil ist, entschliessen wir uns für die Korsettbehandlung.

Also Bettruhe, eventuell Behandlung im Krankenhause oder Sanatorium, ist nötig 1) bei Komplikationen, wie Senkungsabszessen und vorgeschrittenen Lähmungen, 2) bei frischen Erkrankungen oder akuten Symptomen im weitern Verlauf, 3) bei schnellwachsendem Gibbus.

Haben wir uns für eine Behandlung im Bett entschieden, so wird, falls wir nicht vorher einen Versuch mit redressierenden Methoden machen wollen, in der Regel ein grosser Gypsverband angelegt, in dem die Kinder 2—3 Monate liegen. Länger darf man wohl die Hautpflege nicht unterlassen, weil sich Decubitus und Eczeme einstellen; auch Insekten, namentlich Kopfläuse lassen sich auf die Dauer kaum fernhalten. Ist darnach noch Bettruhe nötig, so kann man ein Gypsbett verfertigen. Von vorne herein tut man das, wenn die Kinder sehr schwächlich oder unsauber sind. Die einfache Extension und das Stehbett sind bei zervikaler Spondylitis anwendbar, auch bei interkurrenten Krankheiten, welche eine festere Fixation verbieten. Im Uebrigen ist natürlich dem persönlichen Ermessen in der engern Wahl der Methode weiter Spielraum gelassen. Ich will nur noch einige L o k a l i s a t i o n s f o r m e n besprechen, die wegen ihrer klinischen Eigentümlichkeiten auch für die Behandlung besondere Gesichtspunkte bieten.

Eine ziemlich gesonderte Stellung nimmt das sogen. Malum suboccipitale ein, d. h. die Spondylitis der obersten Halswirbel.

Sie sehen hier das Präparat einer Spondylitis des Atlas und Epistropheus. (Demonstration). Die Erkrankung lokalisiert sich hier nicht wie sonst an den Wirbelkörpern, sondern an den Gelenkfortsätzen, es ist also eine tuberkulöse Arthritis, wie sie an den übrigen Wirbeln nur sehr selten vorkommt. Das Präparat stammt von einem 16-jährigen Mädchen, welches vor etwa $1^1/_2$ Jahren mit einer ziemlich akut aber ohne Fieber entstandenen Myelitis transversa in die innere Abteilung des Kinderhospitals aufgenommen wurde. Es waren nur die unteren Extremitäten von einer totalen spastischen Lähmung betroffen; eine Lähmung der oberen Extremitäten stellte sich erst kurz vor dem Tode ein. In der innern Abteilung lag sie ca. 1 Jahr ohne irgend welche weiteren Symptome, die eine Spondylitis hätten vermuten lassen können. Sie war die ganze Zeit sehr wohlgenährt, von blühendem Aussehen, hatte gar keine Beschwerden. Die Lähmung besserte sich allmälig soweit, dass sie mit Krücken einige Schritte gehen konnte. Darauf trat ziemlich unvermittelt rapide Abmagerung unter fieberhaften Temperaturen ein, gleichzeitig bildete sich eine Anschwellung an der rechten Seite des Halses. Die Patientin wurde der chirurgischen Abteilung übergeben, die Schwellung wurde inzidiert und erwies sich als Senkungsabszess. Typisch war um diese Zeit die sehr ausgesprochene Empfindlichkeit bei der geringsten Bewegung des Kopfes; dabei war die Kranke nicht imstande den Kopf durch Muskelspannung festzuhalten. Ca. 2 Monate nach Beginn der Verschlimmerung erfolgte der Exitus unter bulbären und meningitischen Erscheinungen. Bei der Sektion zeigte es sich, dass der Zahn des Epistropheus das Foramen occipitale durchwandert hatte, so dass er dem hintern Rande anlag; die Medulla oblongata sass auf dem Zahn wie eine Kappe aufgestülpt. Der Kopf mit dem Atlas liess sich gegen den

Epistropheus leicht nach vorn und hinten verschieben. Im Rückenmarkskanal fand sich reichlich käsiger Eiter; ausserdem war eine ausgedehnte basale Meningitis vorhanden.

Der zweite Fall, von dem Sie hier das Präparat sehen (Demonstration), ist in vielem sehr ähnlich. Ich sah ihn 3 Wochen vor der Aufnahme in der Ambulanz. Es war ein 11-jähriger Knabe, ca. 8 Monate krank, mit einer kleinen empfindlichen Vorwölbung im Nacken, welche durch den vorspringenden Processus spinosus des Epistropheus gebildet wurde. Der Kopf wurde steif gehalten, der Knabe ging umher. Statt — wie versprochen — am nächsten Tage, brachten ihn die Eltern nach 3 Wochen zur Aufnahme. Jetzt konnte er nicht mehr gehen, passive Bewegungen des Kopfes waren sehr schmerzhaft und liessen sich ohne jeden Muskelwiderstand ausführen, am Halse fand sich ein Senkungsabszess, welcher inzidiert wurde. 1 Monat später erfolgte der Exitus nachdem sich Hypoglossuslähmung gezeigt hatte. Extremitätenlähmungen waren die ganze Zeit nicht sicher nachweisbar. Bei der Sektion fand sich abnorme Beweglichkeit zwischen Atlas und Epistropheus, wodurch der Zahn sich im Foramen occipitale bewegte. Zu einer gröbern Läsion der Medulla oblongata war es hier nicht gekommen, doch war im Rückenmarkskanal sehr reichlich käsiger Eiter und an der Vorderseite der Medulla ein festhaftender speckiger Belag vorhanden. Ausserdem beginnende Meningitis basilaris.

Der Verlauf ist also nach diesen beiden Fällen im wesentlichen folgender: Der an den Gelenken lokalisierte destruktive Prozess zerstört den Bandapparat der oberen Halswirbel und verursacht eine abnorme Beweglichkeit zwischen Atlas und Epistropheus, welche sich klinisch durch sehr ausgesprochene Empfindlichkeit und schlotternde Beweglichkeit des Kopfes äussert. Infolge dieser Beweglichkeit wird das verlängerte Mark solange durch den Zahn des Epistropheus maltraitiert, bis der Tod durch Bulbärparalyse oder Meningitis erfolgt. Es sind auch ganz plötzliche Todesfälle durch Einbohrung des Zahns in die Medulla mehrfach beschrieben worden.

Die Frühdiagnose dieser Form wird meist durch eine schiefe Kopfhaltung ermöglicht, doch fehlt diese oft und wir sind ausschliesslich auf die Schmerzsymptome angewiesen, welche bisweilen nur in Neuralgieen der Umgebung bestehen. Im ersten von den eben berichteten Fällen war 1 Jahr lang das einzige Symptom die Lähmung. Was die Therapie dieser Erkrankung betrifft, so ist es einleuchtend, dass hier wegen der unmittelbaren Lebensgefahr doppelte Vorsicht geboten ist. Die anzuwendenden Methoden sind im Allgemeinen dieselben wie für jede Spondylitis. Besonders zu empfehlen ist für die suboccipitale, wie auch überhaupt für die cervicale Spondylitis, die Extension, eventuell in Verbindung mit Lagerungsapparaten; die Reclination ist hier nicht gut anwendbar. Legt man aber auf Immobilisation mehr Wert als auf Entlastung, so ist der Calotsche Verband am Platze.

Bei der dorsalen Spondylitis ist besondere Aufmerksamkeit auf den Gibbus zu richten, denn hier pflegt er schnell zu wachsen und sehr gross zu werden. Dieses ist das dankbarste Feld für die Reklination, eventuell auch die Calotsche Watte-Kompression.

Die lumbale Spondylitis macht wieder nur sehr selten einen nennenswerten Gibbus und giebt überhaupt eine ganz gute Prognose; das ist insofern günstig, als wir diesen Teil der Wirbelsäule eigentlich nur im Bett gut ruhigstellen können. Das Gehkorsett fixiert den Lendenteil nur mangelhaft, weil wir darin das Becken nicht genügend festhalten können. Allenfalls könnte man ein Bein mit in den Apparat nehmen, wie es bei dem Knaben gemacht ist, den ich Ihnen gleich vorstellen werde. (Demonstration). Er hat ausser seiner lumbalen Spondylitis, welche ausserdem mit Streptokokken infiziert ist, eine wegen Coxitis resezierte Hüfte, und hat durch dieses Zusammentreffen den Vorteil, dass sowohl die Wirbelsäule als die Hüfte durch den Gypsverband besser fixiert ist als es für jede einzeln der Fall wäre. Er hat ein paar Fisteln für welche Fenster angelegt worden sind, so dass man sie mit Jodoformglycerin behandeln kann. Wie Sie sehen, geht er befriedigend; der ganze Verband wiegt nur ca. 6 Pf.

Ich habe Ihnen nur darüber berichtet, wie wir die Spondylitis behandeln, wenn wir die Methode wählen dürfen. Das ist aber leider sehr oft nicht der Fall. Die Mehrzahl der Patienten, die sich an uns wenden, ist nicht zur Rigaschen Steuergemeinde gehörig oder gar angereist, und fast niemand von ihnen kann einen längern Aufenthalt im Krankenhause bezahlen, zumal in unseren städtischen Krankenhäusern Angereiste nur in der I. Klasse Aufnahme finden können. Wir müssen daher solche Patienten so schnell und so billig als möglich abfertigen. In einzelnen Fällen können wir die Sache mit einem Celluloidkorsett erledigen, welches ja nicht allzuviel kostet (wir stellen es, indem wir nur das Material berechnen, für 5—12 Rbl. her). In anderen Fällen machen wir, soweit das irgend angängig ist, auch dort ein Korsett, wo eigentlich eine andere Behandlung indiziert wäre; manchmal lässt sich ein Gypsbett anfertigen und mit nach Hause geben. Sehr oft ist aber der einzige Rat, den wir den Leuten geben können, — wieder nach Hause zu fahren und das Kind ins Bett zu stecken. Aehnlich geht es wohl Jedem, der mit Spondylitikern zu tun hat. Die Folgen davon sind natürlicherweise erstens eine grosse Mortalität und zweitens eine starke Belastung der öffentlichen Armenpflege durch Krüppel. Wesentlich bessern lässt sich das wohl nur durch die Errichtung von Sanatorien.

Damit soll aber noch nicht gesagt sein, dass sich zu Hause absolut garnichts für die Kranken tun lässt. Einen Teil der mechanischen Behandlungsmethoden kann auch der praktische Arzt in der Wohnung der Kranken anwenden, obgleich das oft nicht gerade leicht sein dürfte. Dahin gehören namentlich die Extension, die Reklination, eventuell auch das Phelpssche Stehbett, das ja von jedem Tischler gemacht werden kann. Wenn man dann noch sein Möglichstes mit hygienischen Ratschlägen tut, so wird damit ja viel wohl nicht erreicht sein, aber immerhin ist es mehr als garnichts. Ganz ratlos wäre man dann nur den Senkungsabszessen gegenüber, denn auch der Troicart darf nur mit dem ganzen Apparate der Asepsis eines Krankenhauses gehandhabt werden.

Zum Schluss möchte ich mir erlauben in kurzen Sätzen zusammenzufassen, was mir von dem Gesagten von besonderer praktischer Bedeutung scheint.

1. Wir brauchen dringend ein Strandsanatorium für chirurgisch-Tuberkulöse.
2. Eine Spondylitis mit acuten Erscheinungen darf nur im Bett behandelt werden, sofern man nicht die Technik des Calotschen Gypskorsetts beherrscht.
3. Ein grosser Teil der bei uns im Gebrauch befindlichen orthopädischen Korsetts entspricht den Forderungen der Immobilisation und Entlastung der Wirbelsäule in ungenügender Weise.
4. In der Hauspraxis sind von mechanischen Methoden die Extension, die Reklination und das Phelpssche Stehbett anwendbar.

5. Jedes gewaltsame Redressement des Gibbus ist zu verwerfen.
6. Das Redressement des Gibbus ist aber nicht nur zulässig, sondern auch wünschenswert, wenn es mit entsprechender Auswahl der Fälle und mit langsam wirkenden Methoden ausgeführt wird.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 3. April 1907.

Vorsitzender: Blessig, Protokollführer: Moritz.

1. Ucke. Zur Desinfektionsfrage.
2. Hörschelmann. Korreferat über dasselbe Thema. cf. Autoreferat.

Diskussion.

Anderson ist gleich Hörschelmann, im Gegensatz zu Ucke, überzeugter Anhänger der Desinfektion. Und zwar muss, gleichfalls im Widerspruch mit dem Ratschlag Ucke's, nicht zuerst eine mechanische Säuberung der Räume und dann eine event. Desinfektion mit Antisepticis vorgenommen werden, sondern, umgekehrt, müssen zunächt die Keime abgetödtet werden. Ebenso müssen nach Berührung der Kranken, die an den Händen haftenden Bakterien nicht nur entfernt, sondern auch abgetötet werden. Eine Desinfektion der Abwässer ist somit durchaus notwendig — und ist darauf hinzuweisen, dass man sich nicht mit dem, beim Fürbringerschen Verfahren üblichen Händescheuern und Reinigen begnügen darf, sondern auch daran denken muss, wohin die entfernten Bakterien weiter gelangen. Da bei verschiedenen Krankheiten eine Ansteckung durch Gebrauchsgegenstände zweifellos erfolgt, so soll sorgfältig eine Desinfektion derselben, besonders auch der Bücher erfolgen. Der Arzt soll beim Infektionskranken nicht nur Kittel, sondern auch Galoschen tragen. A. fragt, ob Hörsch. den Grund angeben könne, weswegen das Autan nicht in Nachbarräume, bei unverklebten Türen, gelange? Es müsse sich da wohl um eine rasche Polymerisierung handeln. Schliesslich betont A., dass man dem Laien die Desinfektion nicht anvertrauen darf.

Hörschelmann glaubt, dass das Autan die Formalindämpfe tatsächlich «momentan» entwickle, weswegen eine Abdichtung der Räume überflüssig wird. Ucke's Ansicht, dass es merkwürdig sei, dass man bei seltenen Krankheiten sehr energisch, bei vielen sehr verbreiteten Infektionskrankheiten, besonders der Tuberkulose aber nur sehr ungenügend desinfeziere, ist mit dem Hinweis auf die kolossale Verbreitung des fast ubiquitären Tuberkelbazillus zu beantworten. Wir desinfezieren nach Flügge bei Tuberkulose eben nur um eine zeitweilige Entlastung der Räume zu erreichen. Bei anderen häufigen Infektionskrankheiten,—wie Cholera, Typhus, Ruhr etc. brauchen wir nur eine lokale Desinfektion, — besonders der der Bettwäsche, nicht die des ganzen Raumes.

Fick. Über die von Anderson angeschnittene Frage der Händedesinfektion vor Operationen existiert eine ganze Hochflut von Literatur und ist jetzt längst festgestellt, dass die mechanische Reinigung der Hände das Hauptmoment darstellt, — die Abtötung der Keime durch Chemikalien spielt eine relativ geringe Rolle. Die Hände können bei der Operation nicht keimfrei bleiben, da nachweislich schon nach 10—15 Minuten die Keime aus der Tiefe der Haut zur Oberfläche vordringen. Diese Erfahrungen lassen sich natürlich nicht für die Desinfektion der Räume verwerten, weil hier ja ganz andere Verhältnisse vorliegen. Es ist nebenbei natürlich wünschenswert, dass die Desinfektion der Abwässer stattfindet, was in der Tat bei vielen chirurgischen Institutionen nicht der Fall ist.

Masing schildert die Desinfektionsvorrichtungen im Tuberkulosesanatorium Pitkajärwi. Zunächst existieren besondere verbrennbare Speinäpfe in drei Formen: 1) als Taschenbesteck 2) an der Wand 3) auf den Tischen. Diese werden in besoderen Oefen mit dem Sputum verbrannt. Sämmtliche Wäsche wird vor dem Waschen durch heissen Dampf sterilisiert. Die Zimmer werden mit Glycoformal desinfiziert. Eine Reihe von Versuchen hat ergeben, dass das Glycoformal die Tuberkelbazillen in Gebrauchsgegenständen, wie Decken, Wäsche etc. abtötet. Schliesslich werden die Abwässer in Gruben geleitet, welche, 200 Schritt vom Hause entfernt, durch Kochen des Inhalts desinfiziert werden können. Letztere Prozedur ist freilich sehr teuer, so dass sie nur selten benutzt wird.

Nissen: Die Hauptsache bei der Desinfektionsfrage ist die Individualisierung des Desinfektionsmodus je nach der Art der Erkrankung. Man kann nicht eine Schablone der Desinfektion für verschiedene Krankheiten schaffen. So verflüchtigt sich z. B. das Virus der Masern und Röteln ohne jede Desinfektion binnen 10 Tagen nach Ausbruch des Exanthems. Durch Gebrauchsgegenstände und dritte Personen kommt hier keine Ansteckung vor. Ganz anders steht die Frage bei Scharlach oder Diphtherie.

Mickwitz fragt, ob Masing nach der Glycoformaldesinfektion zur Desodorierung nicht Ammoniak anwende?

Masing verneint dieses.

Hörschelmann betont, dass Ammoniak ja überall nach Formalindesinfektionen mit gutem Erfolg verwendet wird. H. wendet sich an Wladimiroff mit der Frage, ob ihm der neuerdings von Franzosen empfohlene Apparat Mirot bekannt sei.

Wladimiroff ist der Ansicht, dass bei dem am heutigen Abend bisher geübten Diskussionsmodus eine Klärung der Desinfektionsfrage nicht möglich sei. Das Gebiet ist viel zu gewaltig, als dass man es durch Besprechen einzelner Detailfragen auch nur einigermassen klären oder gar erschöpfen könne. Er schlägt vor, das ganze Gebiet der Desinfektion in einzelnen Kapiteln entweder nach Krankheiten getrennt, oder nach dem Desinfektionsmodus, — gesondert zu besprechen. Es würden sich fraglos Referenten finden, die uns das ganze grosse Material auf einigen der nächsten Sitzungen systematisch vortragen könnten.

Was den von Hörschelmann erwähnten französischen Apparat betrifft, so teilt er die Vorzüge und Nachteile aller Formalindesinfektionsapparate, deren Nutzen nur ein sehr beschränkter ist. Die gewaltige Reklame, die bezüglich dieses neuen französ. Apparates getrieben wird, beruht auf rein kommerziellen Gründen und entbehrt jeder wissenschaftlichen Stütze. Was das von H. gerühmte Autan betrifft, so zweifelt W. an der Wirksamkeit eines Formalinpräparates, welches in schnellster Zeit nicht mehr durch den Geruch nachweisbar ist. Das Formalin muss jedenfalls längere Zeit einwirken, falls es wirklich gründlich desinfizieren soll. Und dann müsste es wohl auch durch Türspalten dringen.

Blessig. Der Vorschlag von Wladimiroff ist sehr sympathisch zu begrüssen, kann jedoch erst im nächsten Semester zur Ausführung gelangen, da unsre Tagesordnung für die nächsten Sitzungen schon bestimmt ist.

Vorläufig wird in der Diskussion fortgefahren.

Klopffer. Was die Händedesinfektion betrifft, die von Fick besprochen wurde, so geht aus der Arbeit von Schumburg hervor, dass durch die mechanische Reinigung nur 40—50 pCt. der Keime entfernt werden, der Rest durch Alkohol und Salpeter beseitigt werden kann. Was die von Anderson behauptete Seltenheit des Milzbrandes betrifft, so hat K. vor 1½ Jahren eine Milzbrandendemie beobachtet, bei der 6 Familienglieder erkrankten. Nach dem Regulativ der Militärverwaltung kam zur Desinfektion eine Seifenlösung von roher Karbolsäure zur Anwendung, während alles Pelzwerk verbrannt wurde.

K. weist schliesslich noch auf einen von Dr. Sarewitsch konstruierten handlichen Formalindesinfektionsapparat hin, in dem gleichzeitig Formalin und Wasserdämpfe entwickelt werden. Das Apparat kostet 48 Rbl.

Ucke verzichtet auf ein näheres Besprechen der verschiedenen Einwände gegen seine Ausführungen, da die einzelnen Fragen nach dem Vorschlag von Wladimiroff ja noch im Detail besprochen werden sollen.

Blessig. Die heutige Debatte hat uns immerhin einen Ueberblick über die Desinfektionsfrage ermöglicht.

Was den Wladimiroffschen Vorschlag betrifft, so müssen sich die Referenten untereinander über den Modus der Ausführung desselben einigen.

Sitzung vom 17. April 1907.

Vorsitz. Blessig. Sekretär O. Moritz.

1. Heuking: Beiträge zur retrobulbären Chirurgie. (Mit Krankenvorstellung).

Diskussion:

Germann: Bei der Exenteratio bulbi wird auch von den Ophtalmologen das Periost entfernt, wie das Heuking verlangte. G. hat diese Operation ein Mal bei einem Gliosarkom der Orbita ausgeführt.

Die Krönlein'sche Operation wird im Augenhospital selten gemacht, da sie in das Grenzgebiet der Ophtalmologie und Chirurgie gehört und meist dem Chirurgen überlassen wird.

Blessig: Die Krönlein'sche Operation bedeutet zweifellos einen grossen Fortschritt und wenn wir sie im Augenhospital bisher nicht selbst ausgeführt haben, so liegt das nur daran, dass uns die liebenswürdige Hülfe des Chirurgen ange-

böten wird und wir dieselbe bei der uns ungewohnten Technik des Eingriffs gern angenommen haben.

Bezüglich der Diagnose der Sehnerven-Tumoren ist auf folgende 3 Punkte zu achten 1) auf die Protrusion des Bulbus direkt nach vorn, 2) auf die Neuritis, resp. die Schwellung der Papille 3) auf die meist sehr ausgiebige Beweglichkeit des Auges infolge der Lage des Tumors innerhalb des Muskeltrichters. Die Umhüllung des Tumors bildet meist die Sehnervenscheide und die Abkapselung ist wohl auch der Grund der relativen Gutartigkeit dieser Tumoren.

Oft ist die Frage des Zeitpunktes der Vornahme der Operation sehr schwer zu entscheiden. So lange das Auge noch sieht, wird man oft des Sehvermögens wegen die Operation aufschieben wollen. Handelt es sich jedoch um einen Tumor, dessen Charakter unbekannt ist, — so ist die Aufschiebung äusserst bedenklich, weil sich die Prognose quoad vitam verschlechtern könnte.

Heuking: Es wäre noch zu erwägen, ob die Krönlein'sche Operation nicht auch bei Orbitalphlegmonen versucht werden sollte. Besonders bei rasch verlaufender Phlebitis, wo so schnell wie möglich ein Abfluss geschaffen werden muss, scheint diese Operation indiziert. In 3 derartigen Fällen seiner Praxis hat H. den «Krönlein» gemacht, anscheinend mit gutem Erfolg.

2. Ingenieur Grisson (als Gast) demonstriert eine Anzahl elektrischer Apparate, die besonders für den Röntgenbetrieb grosse Vorzüge vor den bisher üblichen Systemen besitzen.

Sitzung vom 1. Mai 1907.

Vorsitz. Blessig. Sekr. O. Moritz.

1. Schiele. Ueber gonorrhoische Prostataentzündungen. (Erscheint in der Pet. med. Woch.).

Diskussion.

Strauch: Die Differenz in de Anschauungen verschiedener Autoren über die Häufigkeit der einfachen Prostatitis beruht wohl auf den verschiedenen Ansprüchen der Autoren bezüglich der Diagnose. Bei schweren Fällen ist dieselbe ohne Weiteres gesichert; die leichten Formen jedoch, mit wenig Sekret werden von manchen Autoren nur als Katarrh der Ausführungsgänge angesehn.

Bezüglicg des Wertes der Massage bei der üblichen Anwendungsart, d. h. etwa 2 mal wöchentlich, steht Strauch recht skeptisch. Soll wirklich genützt werden, so muss täglich massiert werden und dazu verstehen sich die meisten Patienten nicht. Schiele hat jedenfalls darin Recht, dass viele Fälle ungemein hartnäckig sind und jeder Therapie trotzen.

Schiele tritt für den Nutzen einer auch nur 2—3 mal wöchentlich ausgeführten Massage ein. Sie entfernt doch ziemlich sicher etwaige Eiteransammlungen. Spülungen nach Didier oder Janet sind damit zu verbinden.

Die Bedeutung der einfachen katarrhalischen Prostatitis wird sowohl von Finger als von Kasper nicht hoch geschätzt. Die grosse Häufigkeit erklärt sich durch den Umstand, dass der Katarrh der Ausführungsgänge ungemein oft auf die Prostata übergreift.

2. Weber berichtet über einen Fall von primärem Appendixkarzinom. (Erscheint in der Petersb. med. Woch.).

Diskussion.

Prof. Tiling hat nur einen Fall von vermutlich primären Appendixkrebs gesehen, — doch könnte es sich auch um einen vom Coecum ausgegangenen Tumor gehandelt haben. Er kam nicht zur Operaiion.

Fick hat vor 7 Jahren einen Fall operiert, bei dem die mikroskopische Untersuchung des Appendix ein Karzinom, von der Grösse einer halben Haselnuss ergab. Der Pat. hatte mehrere appendizitische Attaquen gehabt und wurde im Intervall operiert. Veranlassung zur Mikroskopierung gab eine anscheinend dicke Narbe, die das Lumen der Appendix scheinbar verschloss. Auffallend ist es, dass die meisten Fälle von Appendixkarzinom bei jüngeren Leuten beobachtet wurden. Es ist jedenfalls eine sehr seltene Erkrankung und erscheint es merkwürdig, dass der Holländer Bager angiebt, auf 100 Appendizitisfälle käme 1 Karzinom des Appendix.

Weber hat 6 publizierte Fälle gefunden. Meist handelt es sich um sehr kleine Tumoren, so dass der eben mitgeteilte Fall schon durch die Grösse des Tumors auffallend ist.

3. Masing demonstriert die in dem Sanatorium Pitkajärwi gebrauchten verbrennbaren Speinäpfe. Sie stammen von der Firma Fingerhut in Breslau, sind für Wasser undurchlässig und kosten 2 bis 4 Kop. das Stück. Sie werden in einem besonders konstruierten Ofen verbrannt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Dem Direktor des von Kaiser Alexander III. errichteten Hauses zur Verpflegung von Geisteskranken, Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes, wirkl. Staatsrat Dr. Alexander Timofejew, ist der St. Stanislausorden I. Klasse verliehen worden.

— Zum Oberarzt des I. Moskauschen Stadthospitals ist der bisherige ältere Arzt dieses Hospitals, Staatsrat Dr. Warneck, ernannt worden.

— Der Divisionsarzt der XI. Kavallerie-Division, Staatsrat Dr. Putschkowski, ist auf sein Gesuch mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Der Prof. ord. der Botanik an der Odessaer Universität, Staatsrat Dr. bot. W. Rothert, hat krankheitshalber seinen Abschied genommen. — Prof. Rothert, der gegenwärtig im 46. Lebensjahre steht, ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er von 1880—84 Botanik studierte, und 1885 zum Magister bot. promovierte. Nachdem er sodann an botanischen Instituten in Strassburg, Paris und Petersburg tätig gewesen, wurde er 1889 etatmässiger Privatdozent in Kasan, von wo er einem Ruf an die Odessaer Universität folgte, an der er nach der Gründung der medizinischen Fakultät auch Vorlesungen für die Mediziner hielt.

— Der Professor der Ophthalmologie an der militär-medizinischen Akademie und Direktor der Abteilungen für Augenkrankheiten im klinischen Militärhospital und in der Klinik Wylie, Dr. Leonid Belljarminow, ist in der letzten Konferenzsitzung dieser Akademie zum Akademiker gewählt worden. Prof. Belljarminow hat diesen Lehrstuhl bereits seit 1893 inne und ist seit 10 Jahren ordentlicher Professor.

— Vor kurzem beging der bekannte Gynäkologe Dr. Rudolf Dohrn, Prof. ord. der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Königsberg, das 25-jährige Jubiläum seiner akademischen Lehrtätigkeit. Der Jubilar steht im 72. Lebensjahre.

— Der Direktor des physiologischen Instituts an der Universität Freiburg, Prof. Dr. Johannes v. Kries, hat einen Ruf an die Universität München als Nachfolger des berühmten Physiologen Karl v. Voit erhalten. Professor v. Kries gehört der Universität Freiburg seit 1880 als Nachfolger Otto Funkes an und ist in dieser Stellung verblieben trotz der an ihn ergangenen Berufungen nach Leipzig (1895) und nach Berlin (1897), die er ablehnte.

— Vom Konseil der Dorpater Universität ist, wie die «Nordl. Ztg.» erfährt, dem Dr. W. P. Shukowski die venia legendi erteilt worden, und zwar wird er über Kinderkrankheiten lesen. — Wenn wir uns nicht irren, war Dr. Shukowski vor noch nicht langer Zeit Arzt in St. Petersburg.

— Wie verlautet, wird Prof. Robert Koch Ende März in Begleitung seiner Gemahlin über Nordamerika zu seiner Erholung eine Reise um die Welt mit einer voraussichtlichen Dauer von einem Jahr antreten.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 25. Februar zu Riga der frühere Oberarzt des Militärhospitals zu Tiflis, Staatsrat Dr. Paul Keuchel, nach langem Krankenlager im vor kurzem vollendeten 67. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war am 8. Februar 1841 auf dem Gute Puderküll in Livland geboren, erhielt seine Schulbildung in der Hollanderschen Erziehungsanstalt in Birkenruh (bei Wenden) und widmete sich dann von 1862—68 dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität, wo er auch der Fraternitas Rigensis als geachtetes Mitglied angehörte. Nach Erlangung der Doktorwürde durch Verteidigung seiner Dissertation: «Das Atropin und die Hemmungsnerven» wurde er als Kronsstipendiat in den Kaukasus geschickt, wo er seine ganze Dienstzeit als Militärarzt verbracht hat, und zwar als Ordinator an den Militärhospitälern in Stawropol, Tiflis und Ssuram und von 1888 an als Oberarzt des Militärhospitals zu Tiflis. Nach 30 jährigem Dienst pensioniert, lebte er als freipraktizierender Arzt in Kutais und zuletzt in Riga. 2) Am 1. März in St. Petersburg der Oberarzt des hiesigen Marinehospitals und Medizinalinspektor des St. Petersburger Hafens, Ehrenleibmedikus Geheimrat Dr. Woldemar Rambach, an Herz-

paralyse im Alter von 65 Jahren. Noch im vorigen Jahre konnte der Verstorbene sein 40-jähriges Dienstjubiläum in voller Rüstigkeit begehen. Nach Absolvierung der medikochirurgischen Akademie wurde er Marinearzt und begleitete als Schiffsarzt auch seine Majestät den Kaiser 1890/91, als der noch Tronfolger war, auf seiner Reise um die Welt. 3) Am 21. Februar in Petersburg der Oberchirurg des Krankenhauses der Heiligen Dreieinigkeitsgemeinschaft barmherziger Schwestern, Dr. Stanislaus Woino, im 57. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1872 als Arzt tätig gewesen ist, war in früheren Jahren Oberarzt des Gefängnishospitals und Chirurg am Eisenbahnlazarett in Tiflis. An seinem Sarge ereignete sich der tragische Fall, dass ein junges Mädchen, Maria Steinmann, ihrem Leben durch einen Revolverschuss ein Ende machte. Beide hatten sich, wie verlautet, im russisch-japanischen Kriege, den sie im Sanitätsdienste mitmachten, kennen und wohl auch lieben gelernt. 4) In Kutno (Gouv. Warschau) der dortige Kreisarzt Dr. Arthur Munkewitsch im 48. Lebensjahre, nach fast 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit. In der letzten Zeit leitete er auch stellvertretend das St. Valentinhospital in Kutno. 5) In Kiew die Aerztin Wera Solomon im 36. Lebensjahre. Sie hatte den Kursus i. J. 1902 absolviert. 6) In Chicago am 25. Januar der berühmte amerikanische Chirurg Dr. Nicolas Senn, Professor of Surgery and Surgeon General of Illinois. Seine medizinische Ausbildung hatte er im Medical College in Chicago und 1878 auf der Münchener Universität erhalten. Im spanisch-amerikanischen Kriege war er als Oberchirurg der amerikanischen Armee tätig und auch im russisch-japanischen Kriege wurde von den Japanern sein Rat bei der Einrichtung der Hospitäler für die Verwundeten im Rücken der Armee eingeholt. Die Teilnehmer am XII. internationalen medizinischen Kongress in Moskau werden sich noch Prof. Senns erinnern, da er als Delegierter der Vereinigten Staaten von Amerika auf dem Kongress fungierte.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Das hier ins Leben getretene Psycho-Neurologische Institut ist — das muss man ihm lassen — recht gross angelegt. Wir finden in dem Verzeichnis des Lehrpersonals nicht weniger als 34 Professoren und 17 Dozenten angeführt, so dass das gesammte Lehrpersonal also 51 Personen beträgt. Der Zudrang zu dem Institut ist ein sehr grosser, da ja auch Personen beiderlei Geschlechts, die kein Zeugniss von einer mittleren Lehranstalt besitzen, in die Zahl der freien Zuhörer aufgenommen werden können.

— Von der medizinischen Fakultät der Moskauer höheren weiblichen Kurse ist ein Konkurs zur Besetzung des Lehrstuhls der med. Diagnostik mit propädeutischer Klinik sowie des Lehrstuhls der Geburtshülfe ausgeschrieben worden. Bewerber haben ihre Gesuche unter Beifügung ihrer wissenschaftlichen Arbeiten und eines Curriculum vitae bis zum 15. April d. J. an den Direktor dieser Kurse (Москва, Мерзляковскій пер., домъ Титова) einzusenden.

— Der Moskauer Krösus Schachow, der seinen Wohnsitz im Auslande nimmt, hat der Moskauer Universität ein Vermögen von 7 Millionen Rubel testamentarisch vermacht. Ausserdem soll die Pariser Akademie von ihm ein Kapital von 250,000 Frcs. erhalten zu einer Prämie für das beste Werk über das Thema: «Kaiser, Könige, Sultane und Schahs und das Verhältniss des Volkes zu ihnen».

Standesangelegenheiten.

— Wie wir vor kurzem (in Nr. 5) berichteten, beschloss die St. Petersburger Stadtduma in einer ihrer letzten Sitzungen die Gagen der Aerzte und des administrativen Personals in den städtischen Krankenhäusern vom 1. Februar d. J. um 138,000 Rbl. zu erhöhen, obschon die städtische Finanzkommission in Anbetracht der Finanzlage der Stadt es für unmöglich fand, diese Summe anzuweisen und daher vorschlug, die Gagen der Angestellten in den städt. Krankenhäusern nur um 59,160 R. zu erhöhen, und zwar erst vom 1. Januar 1909 ab. Den obenerwähnten Beschluss der Stadtduma hat nun der Stadthauptmann einstweilen beanstandet und diese Sache der besonderen Behörde für Angelegenheiten der Stadt Petersburg zur Durchsicht übergeben, da der Voranschlag des Budgets für 1908 von der Regierung noch nicht bestätigt ist.

— In der St. Petersburger Gerichtspalate ist die Meldung eingelaufen, dass der in der Sache des Wiborger Aufrufes verurteilte Arzt Ischemski im Ufaschen Gefängnis interniert worden ist, um die ihm durch Urteil der Gerichtspalate auferlegte Strafe zu verbüssen.

— In Perm hat die Polizei bei Dr. Paul Sserebrennikow, dessen Tochter, die Hörerin der Höheren weiblichen Kurse ist, hier als politisch verdächtig verhaftet wurde, eine Haussuchung vorgenommen. Dr. Sserebrennikow ist in Perm Arzt des geistlichen Seminars und dort als Vorsitzender mehrerer Wohltätigkeitsgesellschaften eine sehr bekannte Persönlichkeit.

— Denkmal für Dr. Brémer. Aus Anlass des in Breslau tagenden 29. Balneologenkongresses wurde dort vor dem städtischen Wenzel Hancke'schen Krankenhause das von der Deutschen Balneologischen Gesellschaft gestiftete Denkmal für Dr. Hermann Bremer, den Gründer der Lungenheilstätten in Görbersdorf, enthüllt. Der Vorsitzende Prof. Brieger übergab das Denkmal mit einer kurzen Ansprache der Stadt Breslau. Die Weiherede hielt der jetzige Leiter der Görbersdorfer Heilanstalten, Prof. Dr. Kraft, der ein Bild von dem Werdegange und der Persönlichkeit Dr. Bremers entwarf.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die Saratowsche Physiko-Medizinische Gesellschaft, welche seit 1861 besteht, hat in ihren Vorstand für das Jahr 1908 gewählt: Dr. N. Kuschew — zum Präses, Dr. N. Tesjakow — zum Vizepräses, Dr. N. Katunski und die Aerztin A. Ljudkewitsch — zu Sekretären und Dr. J. Brod — zum Kassierer.

— Der 25. Kongress für Innere Medizin findet vom 6. bis 9. April n. St. zu Wien im Universitätsgebäude statt. Das Präsidium übernimmt Professor Friedrich Müller (München). Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Am ersten Sitzungstage, Montag den 6. April: «Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Erkrankungen». Referenten: Prof. Dr. v. Rosthorn (Heidelberg) und Prof. Dr. Lenhartz (Hamburg). Weiter kommen am zweiten und dritten Sitzungstage zur Verhandlung: «Ueber die neueren klinischen Untersuchungsmethoden der Darmfunktionen und ihre Ergebnisse», Vortrag von Prof. Dr. A. Schmidt (Halle) und «Der gegenwärtige Stand der Pathologie und Therapie der Syphilis», Vortrag von Prof. Dr. Neisser (Breslau). Eine grosse Anzahl weiterer Vorträge ist bereits angemeldet. Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind zu richten an Professor Dr. Schlesinger, Wien I, Ebendorferstrasse 10.

— Der 37. Deutsche Chirurgenkongress wird vom 8./21.—11./24. April unter dem Vorsitz des Professors Dr. Freiherrn v. Eiselsberg (Wien) im Langenbeckhause zu Berlin tagen. Am 12./25. April tagt dann dort der Kongress der Gesellschaft für orthopädische Chirurgie, welcher von Prof. Dr. O. Fischer (Leipzig) mit einem Vortrage über die Wirkung der Muskeln eingeleitet wird, worauf die Krüppelfrage zur Verhandlung gelangt. Am 13./26. April schliesst sich an diese Kongresse die Tagung der Röntgengesellschaft an, auf deren Tagesordnung wir bereits in Nr. 8 der Wochenschr. aufmerksam gemacht haben.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. Febr. d. J. 13970 (226 mehr als in der Vorwoche), darunter 1736 Typhus — (100 mehr), 949 Syphilis — (12 mehr), 316 Scharlach — (20 mehr), 218 Diphtherie — (10 wen.), 110 Masern — (17 mehr), und 55 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 3. bis zum 9. Febr. d. J. im ganzen 959, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 60, Febris recurrens 7, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 23, Scharlach 12, Diphtherie 27, Croup 0, Keuchhusten 8, Kroupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 4, Grippe 19, Katarrhalische Lungenentzündung 102, Ruhr 8, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 264, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 132, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 66, Marasmus senilis 89, Krankheiten des Verdauungskanals 121, Totgeborene 58.

Am 16. Febr. d. J. betrug die Zahl der Kranken 13950 (20 wen. als in der Vorwoche.), darunter 1795 Typhus — (59 mehr), 931 Syphilis — (18 wen.), 295 Scharlach — (21 wen.), 216 Diphtherie — (2 wen.), 130 Masern — (20 mehr) und 62 Pockenkranke (7 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 10. bis zum 16. Jan. d. J. im ganzen 1019, darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 60, Febris recurrens 6, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 8, Masern 48, Scharlach 15, Diphtherie 32, Croup 0, Keuchhusten 14, Croupöse Lungenentzündung 41, Erysipelas 3, Grippe 11, Katarrhalische Lungenentzündung 123, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 271, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 116, Tuberculose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 65, Marasmus senilis 34, Krankheiten der Verdauungsorgane 127, Totgeborene 52.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 18. März 1908.

Tagesordnung: Weber: Ueber Appendicitis und Gravidität.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 10. März 1908.

Tagesordnung: Fick: Ueber die Erkrankungen des Meckel'schen Divertikels.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel,** Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (4) 0—34.

MARIENBAD in Böhmen

Stoffwechselkrankheiten: Fettleibigkeit, harnsauere Diathese, Gicht, Chlorose, Diabetes.

Erkrankungen der Verdauungsorgane Opstipation Blinddarmentzündung, Herzkrankheiten, Arteriosklerose.

Frauenkrankheiten, Nierenleiden, Nervenkrankheiten.

Natürliche CO_2 Mineralbäder. Eigene Moorlager, Kaltwasserkur, Mechanotherapie, Terrainkuren etc. etc.

Saison vom 1. Mai bis 30. September.

80.800 Kurgäste. — **100.000 Passanten.**

Prospekte gratis vom Bürgermeisteramte.

BAD KISSINGEN.

Hofrat Dr. **Leusser's Sanatorium** „Villa Thea"
für **Magen-, Darm-, Herz-, Nerven-** und **Stoffwechselkranke.**

April—November.

(47) 10—1. Prospekte durch den Besitzer Hofrat Dr. *Leusser.*

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Temperatur des Seewassers 15—16° R. Kursaison **20. Mai** bis **20. August.** In der Kurbadeanstalt warme **Schlamm-, Moor-, Salz-, Elektrische-, Kohlensaure** (Nauheimer) und andere Heilbäder, wirksam bei **Herz-** und **Nervenleiden,** Rheumatismus, Lähmungen, Skrofulose, Bleichsucht, Rhachitis. **Frauenleiden** und anderen Krankheiten. **Elektrisches Lichtbad, Luft- und Sonnenbäder. Hydrotherapeutische und orthopädische Abteilung. Massage.** Mineralwässer (natürliche und künstliche) sind am Orte zu haben. **Täglich Kurmusik. Keine Kurtaxe.** Nähere **Auskünfte** und Prospekte, auch Quartiervermittelung **gratis** durch die **Badekommission.** Adresse: Badekommission. Pernau. (46) 6—1.

Statt Eisen! **Statt Leberthran!**

Haematogen HOMMEL

alkohol- und ätherfrei.

Frei von **Borsäure, Salicylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin, noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweissstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von höchstem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

- **Grosse Erfolge bei Rhachitis, Scrophulose, Anaemie, Frauenkrankheiten. Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza etc. etc.)**
- **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern ausserordentlich gern genommen. Mächtig appetitanregend.**

Haematogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch **unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen,** gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Aether etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Mit unserem neuesten, auch im Geschmack bedeutend verbesserten **Haematogen Hommel,** können wir den Herren Aerzten ein **ideales, völlig reines, unbegrenzt haltbares Haemoglobin-Präparat** an Hand geben. Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir

stets **Haematogen HOMMEL** zu ordinieren.

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **grössere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten gerne frei und kostenlos zur Verfügung.

Zu haben in allen Apotheken und Apothekermagazinen.

Nicolay & Co., St. Petersburg, Smolenskaja, 33, Zürich, Hanau a.|M. und London.



Bordighera (Riviera Ponente)

Dr. Paul Hänel,

im Sommer in **Bad Nauheim,**
praktiziert wie früher.

TABLETTEN
von Dr. B. Rafelkes

zur Bereitung von Schwefelbädern zu Hause. Diese künstlichen Schwefelbäder können vollständig natürliche Bäder in den Kurorten vertreten. Chemische Analyse von Prof. Dr. Poehl in St. Petersburg:

Freies, nichtgebundenes H_2S-gas 0,1%
Gebundenes H_2S-gas 4,29%

Aromatischer Waldwollextract c. Ferro in Tabletten von Dr. B. Rafelkes.

Jede Tablette enthält 4 Esslöffel Waldwollextrakt und eine für ein Vollbad genügende Quantität von Eisen.

Hauptlager: Stadt Sejny, Gouv. Suwalki bei Dr. B. Rafelkes.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. №15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 11 St. Petersburg, den 15. (28.) März. 1908.

Aus der Königl. chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg. — Direktor Prof. Dr. E. Lexer.

Zur Frage der Bier'schen Stauungsbehandlung akuter eitriger Infektionen.

Von

Dr. W. Schaack,
Volontairarzt der Klinik.

Die Grundsätze, nach denen heute die akuten eitrigen Entzündungen behandelt werden, sind verschieden.

Die einen wollen die schädigenden Krankheitserreger und ihre Gifte frühzeitig aus dem Körper entfernen, bevor das infizierte Gewebe grösseren Schaden leidet, die anderen wollen nach der Lehre von Bier die Bekämpfung der Krankheit grösstenteils dem Organismus selbst überlassen und suchen nur die natürlichen Schutzmittel des Körpers, die in der Entzündung gegeben, zu verstärken.

Auf beiden Seiten ist man oft zu weit gegangen. Hier verführte oft der Grundsatz der frühzeitigen Entfernung der Krankheitsursache zu sehr radikalen Massnahmen, zu ausgedehnten Schnitten mit Freilegung des ganzen entzündlichen Gebietes ohne Rücksicht auf die spätere Funktion, schematisch spaltete man ohne Bedenken, kratzte das schwer infizierte Gebiet, z. B. einen Nackenkarbunkel, ohne an die Verschleppung der eitrigen Thromben u. a. zu denken, bis in das Gesunde hinein aus, oder züchtete unter Breiumschlägen und feuchten Verbänden grosse Abszesse, bevor man den Einschnitt wagte. Es sind der Sünden viele, welche gemacht worden sind und heute noch in der Behandlung akuter eitriger Entzündungen gemacht werden! Auf der anderen Seite sehen wir eine enthusiastische Aufnahme der von Bier eingeführten Behandlung, welche durch Stauung die Entzündung verstärkt und grundsätzlich die kleinen Inzisionen predigt, um vor allem die künftige Funktion zu berücksichtigen.

Durchblättert der Arzt die neuen Zeitschriften, so findet er fast nur Lobpreisungen der neuen Behandlungsmethode; freilich in der Kasuistik auch schlechte Erfolge damit, die aber nicht ihr, sondern der betreffenden schweren oder zu spät behandelten Infektion in die Schuhe geschoben werden. Auch an dieser Stelle ist in der Nr. 36, 1907 ein Vortrag von Herrn Tantzscher „Ueber die Bier'sche Stauung" erschienen, in welchem er die Lehre Bier's von der Hyperaemie und ihrer Wirkung wiedergibt und auf Grund weniger Fälle die Stauungsbehandlung warm empfiehlt.

Auf jeden Enthusiasmus erfolgt ein Rückschlag. Schon heute giebt es eine grosse Anzahl von Chirurgen, welche die Stauungshyperaemie bei akuten Entzündungen wegen schlechter Erfahrungen verwerfen, sie nur auf gewisse Fälle und Formen der Entzündung beschränken. Bier selbst und seine Schule hat in mancher Beziehung die ursprünglichen Angaben berichtigen und einschränken müssen.

Zuerst hat Lexer [1]) auf Grund praktischer Erfahrung, bakteriologischer Untersuchung und theoretischer Gesichtspunkte, auf die Gefahren, die bei der Stauungsbehandlung akuter eitriger Infektionen dem Organismus drohen, hingewiesen und das ganze Verfahren einer ein-

[1]) Lexer, Zur Behandlung akuter Entzündungen mittelst Stauungshyperaemie. Münch. med. Wochschr. 1906 Nr. 14.

gehenden Kritik unterzogen. Aus seiner Klinik ging die Arbeit Wrede's[2]) hervor, in welcher nach praktischer und theoretischer Forschung der Wert der Stauungshyperaemie behandelt wird und die Einwände Lexer's weiterhin bestätigt werden. Die Arbeit stützt sich auf ein Jahr Erfahrungen an 300 Fällen die mit Stauung nach Bier behandelt worden sind.

Da ich das Glück hatte die beiden Kliniken von Bier und Lexer zu meiner Ausbildung zu besuchen, kenne ich die in beiden geltenden Richtungen und Grundsätze der Behandlung aus eigener Anschauung und möchte deshalb die Ausführungen Tantzschers in mancher Beziehung ergänzen. Wenn dieser Autor meint den Einwänden Lexers keine grosse Bedeutung beilegen zu müssen, weil sie vor allem auf Grund von theoretischen Erwägungen und von bakteriologischen Untersuchungen erhoben sind, so irrt er sich. Denn schon bei seiner Veröffentlichung — 1906 — verfügte Lexer über eine genügende praktische Erfahrung mit der Stauungsbehandlung und ist seither, am Krankenbett wie im Tierexperiment mit seinen Schülern bestrebt, das Gute und Schlechte der alten und neuen Behandlungsweise zu erkennen und zu trennen. Die wichtigste Eigenschaft der Stauung die Bier besonders hervorhebt, und von der auch Tantzscher spricht, ist deren Wirkung auf den Schmerz, die Bakterien und auf die Resorption.

Was die schmerzstillende Wirkung der Stauung anbetrifft, so ist dieselbe anerkannt, auch Wrede konnte sie in seinen Fällen konstatieren, doch ist sie auch kein unfehlbares Mittel, und die früher geübte Hochlagerung und Ruhigstellung der erkrankten Glieder versagt auch selten gegen den Entzündungsschmerz. Andererseits kann der Segen der schmerzstillenden Wirkung auch unter Umständen zum Fluch werden, wie ein Fall von Wrede zeigt, in welchem eine Perforationsphlegmone (es handelte sich um eine Kniegelenkseiterung) übersehen wurde. Wegen Schwinden der Schmerzen klagte der Patient nicht und bei dem üblichen starken Stauungsoedem wurde die Perforation nicht gefunden, der rettende Eingriff versäumt, es kam zur Venenthrombose und Allgemeininfektion, der der Patient erlag. Dieser Todesfall wird mit Recht der Stauungsbehandlung zur Last gelegt. Hierin liegt eine grosse Gefahr der Methode, in schweren Fällen kann die kostbare Zeit zum lebensrettenden energischen Eingriff versäumt werden.

Bezüglich der bakteriziden Eigenschaft behauptet nun die Bier'sche Schule, dass die bakterienabschwächende Kraft des Blutes durch die Stauung bedeutend gesteigert wird. Doch die von Wrede durch Stauung behandelten Fälle beweisen das Gegenteil. In 50 Fällen hat er bakteriologische Untersuchungen des Stau- und Sauggebietes angestellt und hat stets darin Eitererreger (Streptokokken und Staphylokokken) gefunden. Eine Abnahme der Zahl oder Wachstumsfähigkeit der Bakterien war nicht festzustellen, eine wesentliche Bakterizidie ist also nicht anzunehmen. Zwar meint Tantzscher, der blosse Nachweis von Bakterien bewiese nichts für ihre Pathogenität, doch ist aus dem Folgenden der Beweis deutlich zu ersehen, dass die trotz der Stauung in der Wunde hinterbliebenen, oder sekundär eingewanderten Bakterien, keineswegs gleichgültig sind. Es handelt sich hier, erstens um alle die Fälle, in welchen während der Stauungsbehandlung Entzündungen der Lymphwege und Metastasen auftraten. Gerade der Stauung wird immer nachgerühmt, dass sogar ausgesprochene Lymphangitis nach einigen Applikationen der Binde zurückgeht, in Fällen von Wrede trat Lymphangitis garnicht selten trotz der Stauung auf. Zweitens, wird die bakterientötende Wirkung von den nicht wenigen Fällen widerlegt, in welchen nach Fortlassen der Binden Rezidive eintraten. Schliesslich, zeigen die Fälle von Sekundärinfektion während der Behandlung, dass die bakterizide Kraft der Staubinde nicht gross sein kann, mehrfach ist das Auftreten von Erysipel verzeichnet worden (u. A. auch von Bier), obwohl es sich ursprünglich nur um Aureusinfektion gehandelt hatte. Wrede führt 6 hierher gehörige Beispiele an. All die angeführten Beobachtungen lassen mit Sicherheit schliessen, dass von einer grossen bakteriziden Kraft der Hyperaemie nicht die Rede sein kann.

Bezüglich der Resorption schliesst Tantzscher nach Bier, dass das Endergebnis der Stauung eine verlangsamte Resorption der Giftstoffe sein muss, was ja von grossem Werte wäre. Doch gehen wir näher auf die Verhältnisse ein, so sehen wir, dass die Resorption in sehr ungünstiger, ja direkt gefährlicher Weise verändert wird. Solange die Stauungsbinde liegt, ist es verständlich, dass durch das Abschnüren die Resorption der Giftstoffe aus dem Entzündungsgebiet verzögert ist. Dann wird die Binde entfernt und das Glied noch hoch gelagert, jetzt muss plötzlich eine verstärkte Resorption eintreten: „Waren die Entzündungsstoffe vorher zurückgehalten und aufgespeichert, so werden sie nun mit einem mal in die Blut- und Lymphbahnen geworfen und überschwemmen den ganzen Körper“. Statt der gleichmässigen Resorption tritt eine ungleichmässige, eine schubweise ein. Theoretisch sind solche Resorptionsveränderungen sicherlich sehr bedenklich. Niemand kann vorher sagen, ist die Infektion schwer oder mild, niemand kennt die Virulenz der Bakterien, die Menge der produzierten Toxine u. s. w. Gewiss wird der Körper mit Vielem fertig, doch ein zu Viel auf einmal kann schädlich werden. Darin liegt die grosse Gefahr der Methode, auf die schon Lexer hingewiesen und der wir die Kranken mit akuten eitrigen Infektionen bei Stauungsbehandlung stets aussetzen. Ueber diese schwerwiegende theoretische Bedenken geht Bier kurz mit folgendem Satz hinweg: „Was kann nicht alles schädliche Folgen haben, besonders nach Ansicht auf bestimmte Lehrmeinungen eingeschworener Fachleute!“ [3])

Sind es aber nur theoreitsche Erwägungen, die uns vor der Gefahr warnen? Nein, auch die Erfahrungen am Krankenbett lehren uns dasselbe. Nach Abnahme der Stauungsbinde ist schneller Temperaturaufstieg, ja sogar Schüttelfrost beobachtet worden, was nur durch verstärkte Resorption von fiebererzeugenden Stoffen zu erklären ist. Diese Stoffe sind schädlich, deshalb verfährt man viel richtiger sie durch genügende Einschnitte sofort zu entfernen, um den Kampf gegen die Giftstoffe dem Organismus zu ersparen. Den mit der Stauungsbinde abwartende Unterstützungstherapie treibenden Arzt vergleicht Lexer sehr trefflich mit dem Feldherrn, der den in die Festung eingedrungenen Feind nicht durch die Tore hinausdrängt, wenn er auch die Möglichkeit dazu hat, sondern sie hinter den Eindringlingen besetzt und geschlossen hält und durch Verstärkung seiner Mannschaft den Feind vollständig aufzureiben sucht. Das Wagnis kann gelingen, der Sieg und die Befreiung der Festung von den Feinden sind aber mit grossen Opfern an eigenen Truppen und mit Zerstörung vieler Gebäude erkauft. Weiser verfährt der Feldherr, der die Feinde zu den Toren hinauswirft und seiner Mannschaft und Stadt den gefährlichen Kampf

[2]) Wrede, Die Stauungsbehandlung akuter eitriger Infektionen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 84 Heft 2. 1907.

[3]) Bier, Hyperaemie als Heilmittel. 5. Aufl. Leipzig 1907 S. 396.



erspart, welcher die gänzliche Vernichtung des Feindes erfordert und dessen Erfolg nicht vorauszusehen ist.

Bier beabsichtigt mit seiner Behandlung, den von der Natur zweckmässig eingerichteten Entzündungsvorgang zu verstärken und damit durch Vermehrung der Abwehr- und Schutzmassregeln der Gewebe die Entzündungsursache zu bekämpfen. Zwar erkennen wir schon lange an, dass ein Teil der Entzündungserscheinungen ein durchaus zweckmässiger Vorgang ist und deshalb bekämpfen wir dieselben als solche nicht mehr durch Antiphlogose, wie Eisumschläge, ebensowenig wie wir in der Chirurgie das Fieber als etwas schädliches bekämpfen, welches wir ebenfalls als eine Schutzmassnahme des Körpers betrachten, seitdem wir wissen, dass die Immunitätsreaktion des Körpers mit Fieber einhergeht. Aber wie Wrede ausführlich auseinandersetzt, es lässt sich darüber streiten ob alle Komponenten der Entzündung als zweckmässige Vorgänge aufgefasst werden dürfen.

Die Lehre von der allgemeinen Zweckmässigkeit der Entzündung vermag selbst den Laien zu bestechen. Ebenso einfach ist es aber nach meiner Ansicht ihm den unendlichen Vorteil klar zu machen, welcher in der frühzeitigen Entfernung der Schädlichkeit liegt. Warum den Kampf vergrössern, wenn er nach Entfernung des Feindes nur in geringerem Masse sich abzuspielen braucht? Zumal es doch ohne Schaden nicht abläuft? „Je früher und ausgiebiger es durch operative Freilegung des Entzündungsherdes gelingt die Infektionserreger und ihre Gifte zum Abfluss zu bringen, desto eher erringt das Gewebe den Sieg und desto geringer sind die Kosten des Kampfes: der Untergang der Gewebe". (Lexer, Allg. Chir. I. Bd. 2. Aufl. S. 171). Denken wir uns nur einen in die Hand eingedrungenen Splitter. Seine Entfernung beugt meist der Entzündung vor. Lässt man ihn sitzen, so übernimmt das Gewebe seine Ausstossung mit Hilfe der eitrigen Entzündung. Ebenso ist es bei der akuten eitrigen Infektion. Wie dort durch unsere Hilfe, durch Entfernung des Fremdkörpers die Natur eine sichtbare Unterstützung erfährt, handeln wir vollkommen im Sinne der Natur, wenn wir frühzeitig mit dem Messer die Bakterien und ihre Gifte nach aussen leiten und vermindern. Es wäre aber immer noch die Frage, um das Bild Biers zu gebrauchen, ob die Natur als vernunftbegabtes Wesen sich für Stauungsbinde, oder die frühzeitige Anwendung des Messers entschliessen würde!

Von Bier werden auch bei der Stauungstherapie Schnitte zu machen empfohlen, doch wird der Erfolg weniger dem Schnitte als der Stauungshyperämie zugeschrieben. Es muss auch noch besonders hervorgehoben werden, dass die Stauungsbehandlung mit der Binde mit dem Saugverfahren häufig zusammengeworfen wird. Es ist das nicht richtig, denn bei der Saugbehandlung, welche gewöhnlich mit Schnitt verbunden wird, steht die mechanische Entfernung der Entzündungsstoffe wesentlich im Vordergrunde. Es ist deshalb unstatthaft beide Verfahren in ihrer Wirkung durch Stauungshyperaemie einander gleichzustellen, da es sich um verschiedene Dinge handelt (Wrede). Das Saugen nach richtig angelegten Inzisionen wird oft gute Resultate geben, das bestätigen auch die Fälle von Wrede. Das ist aber eine Behandlung, die im Wesentlichen den alten Prinzipien gerecht wird, nur auf umständlichere Art, und doch wird auch in diesem Falle von der heilbringenden Hyperaemiebehandlung gesprochen.

Noch eine höchst wichtige Eigenschaft der Stauung, die auf Verstärkung des natürlichen Entzündungsvorganges beruht und dem Organismus gefährlich werden kann, ist unerwähnt geblieben, das ist die schnelle eitrige Einschmelzung der Gewebe. Lexer hat das die Kataplasmawirkung der Hyperaemiebehandlung genannt und auf ihre Gefahren hingewiesen. Auch experimentell ist die abszedierende Wirkung, besonders der Saugstauung, in ganz letzter Zeit einwandsfrei durch die interessanten Versuche Frangenheims[4]) aus der Königsberger Klinik nachgewiesen worden. Frangenheim erzeugte bei Kaninchen am Rücken durch Einspritzen von Bakterienkulturen Abszesse, die nach Vorschrift von Bier und Klapp gesaugt wurden, jedoch ohne Schnitt, um die reine Hyperaemiewirkung auf den Entzündungsherd zu studieren. Die Versuche ergaben, dass die gestauten Abszesse sich um viele Mal, im Vergleich zu den nichtbehandelten, vergrössert hatten, die unbehandelten hatten sich dagegen sogar verkleinert. Die Begünstigung der Gewebseinschmelzung unter der Stauung und Saugung ist auch durch Berichte verschiedener klinischer Forscher bestätigt worden. So vor Kurzem durch Zangenmeister[5]). Bei Behandlung der puerperalen Mastitis mit Saugapparaten nach Bier und Klapp, fand Zangenmeister ebenfalls, dass das Fortschreiten des entzündlichen Prozesses und die eitrige Einschmelzung durch die Saugbehandlung begünstigt werden. Bei Behandlung ohne Saugung kam es in den Fällen von Zangenmeister bei beginnender Mastitis in 19% zu Eiterung, in den mit Saugung behandelten Fällen vereiterten dagegen 64%. Nach diesen Erfahrungen fasst Zangenmeister seine Arbeit dahin zusammen, dass die Saugbehandlung nach Bier sich nicht für die puerperale Mastitis eignet, da sie die Vereiterungsgefahr erhöht. Nur für schon vorhandene nicht weiterschreitende Abszesse kann er sie empfehlen, wie das auch Lexer getan hat.

Was die Indikationen zur Anwendung der Stauung betrifft, so werden von Tantzscher nach Bier aufgezählt: Panaritien, Sehnenscheidenphlegmone, Mastitis, Bursitis, akute Osteomyelitis, Furunkel etc. so hiess es früher, jetzt werden schon die Indikationen selbst von Anhängern der Methode immer mehr eingeschränkt. So wurde man kürzlich in der Bier'schen Klinik vor Anwendung der Stauungsbehandlung bei der akuten Osteomyelitis gewarnt, was aber sagte der Bier'sche Schüler Klapp in einer Vorlesung der Deutschen Klinik[6]): „Es ist Pflicht der Aerzte sich mit einem Verfahren (die Stauungstherapie) bekannt zu machen, welches wenigstens in einem Teil der Fälle von akuter Osteomyelitis die Nekrose ganz vermeidet, aber auch in vielen anderen Fällen grössere Nekrose verhütet und damit das sonst so lange Krankenlager sehr erheblich abkürzt". Mit den Erfahrungen der Frühoperationen bei Osteomyelitis, vor Anwendung der Stauungstherapie, hat die Bier'sche Klinik nach den Worten Klapps „gänzlich Fiasko gemacht". Wrede giebt nun ausgezeichnete Beispiele, wie schädlich gerade bei der akuten eitrigen Osteomyelitis die Stauungsbehandlung mit der Binde wirkt. Schwere Metastasen können Folgen der vermehrten Resorption sein. Im günstigsten Falle, wenn der Patient mit den in den Kreislauf getriebenen Eitererregern fertig wurde, erlangt er keinen als Heilung aufzufassenden Zustand, sondern nur die Abkapselung massenhafter Eiterherde, im Knochen, unter dem Periost und im Muskel, damit also einen Zustand, den wir als latente Herde bezeichnen und wegen seiner Folgen fürchten. Aehnliche ungünstige Erfahrungen werden wohl auch die Bier'sche Schule

[4]) Frangenheim, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Saugbehandlung auf lokale Entzündungsherde. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 85, 1908.

[5]) Zangenmeister, Die Behandlung der puerperalen Mastitis mit Saugapparaten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. 1908.

[6]) Klapp, Die Heilkräfte der Hyperaemie, Deutsche Klinik 1907 IX. Band 17. Vorlesung S. 529.

bewogen haben neuerdings vor der Stauungsbehandlung der akuten Osteomyelitis zu warnen. Weiterhin wird es auch als Irrtum bezeichnet, Bier sei gegen grosse Inzisionen. Wenn es nötig sei, mache auch er grosse Schnitte. Wir sehen also, dass einerseits den Indikationen Grenzen gezogen werden, andererseits wird nicht mehr wie im Anfange die Beschränkung auf kleine „Stichinzisionen" empfohlen. Das ist doch unzweifelhaft der Weg, der zur alten Behandlungsart zurückführt. Die besondere Betonung kleiner Schnitte während des Stauungsverfahrens hält also Bier selbst nicht mehr in vollem Umfange aufrecht, hiermit steht er wohl auch im Einklange mit dem stets von v. Bergmann vertretenen Standpunkte, dass man nicht ohne Not zu grosse Inzisionen machen solle, besonders nicht da, wo die spätere Narbenkontraktur Schaden stiftet (s. Lexer, Lehrbuch d. allg. Chir. II. Aufl. 1906, Bd. I, S. 244). Da es aber sicherlich richtig ist, dass man im Allgemeinen viel zu rücksichtslos besonders bei Sehnenscheidenphlegmone und Mastitis, zu inzidieren beliebte, wogegen v. Bergmann und Lexer sich immer in ihren klinischen Vorträgen ausgesprochen haben, muss es für ein unschätzbares Verdienst Bier's angesehen werden, dass heute die Aerztewelt nicht nur ihr Interesse endlich wieder einmal der vernachlässigten und oft allzu schablonenhaft durchgeführten Phlegmonenbehandlung zuwendet, sondern sich auch mit rücksichtsvolleren Inzisionen begnügt [7]).

Mit wie viel praktischen Unbequemlichkeiten das Bier'sche Verfahren verbunden ist, und wie viel Zeit es in Anspruch nimmt ist bekannt, auch Tantzscher erwähnt es. Das wäre ja noch kein Grund die Methode zu verwerfen, doch gerade für den praktischen Arzt ist der grosse Zeitaufwand von nicht geringer Bedeutung. Nach der alten Behandlungsart war ein Patient mit akuter eitriger Infektion sicher und gut in ein paar Minuten täglich für einen Tag versorgt; ein Patient mit der Stauungsbinde muss mindestens 2 mal täglich genau kontrolliert werden, und die Behandlung mit Saugglas erfordert für jeden Kranken mehr als dreiviertel Stunden täglich. Allerdings könnte und würde man das alles gerne in den Kauf nehmen, wenn es sich wirklich ergeben sollte, dass die neue Methode besser ist als eine richtig durchgeführte Therapie nach alten Grundsätzen. Aber es ist zu bezweifeln, ob der praktische Arzt bei der komplizierten Behandlung sich wohler fühlt, als bei dem einfachen früheren Verfahren.

Wenn hier von der alten Behandlungsart oder früheren Methode gesprochen wurde, so ist immer das Verfahren der v. Bergmann'schen Schule gemeint, das auch im Lehrbuch für allg. Chirurgie von Lexer und in seinem Vortrage „Die Behandlung septischer Infektionen [8]) eine ausführrliche Darstellung gefunden hat. Die Grundzüge des Verfahrens, um sie auch hier kurz zu erwähnen, sind folgende: Eröffnung des Entzündungsherdes und dadurch Entfernung der Krankheitserreger und ihrer Giftstoffe. Offenhalten der Inzisionswunde durch lockere Tamponade mit Jodoformgaze; der Tampon wird nach 24 oder 48 St. vorsichtig (Lösung des Tampons mit Wasserstoffsuperoxyd) entfernt und in tiefen buchtigen Wunden mit starker Sekretion durch Drainröhren, in breit offenen, durch Gazelappen mit leicht reizenden Salben oder durch feuchte Gaze mit essigsaurer Tonerde oder Borsäure ersetzt. Dadurch wird Verklebung und Borkenbildung verhütet und die Granulationsbildung angeregt. Ruhigstellung des Krankheitsgebietes, am besten mit Hilfe von Schienen, um Verschleppung der Krankheitserreger in die Nachbarschaft zu verhüten. Hochlagerung der Glieder. Die Inzisionswunde wird mit grösster Schonung behandelt, daher kein Ausdrücken des Eiters, kein Ausspülen der Wunde, besonders nicht mit antiseptischen Flüssigkeiten, da sie das gesunde Gewebe mehr schädigen als die Bakterien, kein Auswischen oder gar Auskratzen. All das schädigt das kämpfende Gewebe und kann es in einer Weise verletzen, dass auf einmal eine massenhafte Resorption von Bakterien und Bakteriengiften durch Lymph- und Blutbahn, oder die Losreissung von Thromben erfolgt, was sich durch hohes Fieber, Schüttelfrost, Fortschreiten der Eiterung und durch Entwickelung von Metastasen äussert. „Das ist der Grund, warum wir bei jeder Operation in entzündetem Gebiete und auch noch bei der Nachbehandlung die allergrösste Schonung verlangen und jeden mechanischen Reiz verdammen". (Lexer) [9]).

Wie man sieht, empfiehlt die Bier'sche Schule gerade das Gegenteil: Entfernung der Krankheitserreger ist unwesentlich, ihre Vernichtung soll der Organismus selber übernehmen, die Ruhigstellung wird verworfen und frühe Bewegungen der entzündeten Glieder werden empfohlen, der Eiter wird ausgedrückt u. s. w.

Die Gründe, welche Lexer und seine Schüler bewogen, gegen die Hyperaemiebehandlung Einwände zu erheben, habe ich im Vorstehenden kurz zu schildern gesucht. Sie fussen auf den Ergebnissen an dem Königsberger Materiale, welches die verschiedensten Gruppen der akuten eitrigen Infektionen, Furunkel, Karbunkel, Abszesse, Mastitis, Panaritien, Sehnenscheidenphlegmone, Osteomyelitis etc. umfasst, und welches Wrede ausführlich kritisch dargelegt hat. Auf einen Bericht der Ergebnisse kann ich mich hier nicht einlassen. Wer sich mit der Frage beschäftigt, muss die Arbeit Wredes lesen und darf sich natürlich nicht mit Referaten begnügen. Hier möchte ich nur noch kurz bemerken, dass sich stets, gleichgültig welche Infektion vorlag, das eine nachweisen liess, dass mit zunehmender Schwere der Erkrankung der Einfluss der Stauung oder Saugung gegenüber dem Einschneiden immermehr in den Hintergrund trat. Somit schliesst sich auch Wrede nach seinen Erfahrungen mit der Bier'schen Stauungsbehandlung vollkommen dem Urteile Lexer's an: In leichten Fällen wird die Methode nicht versagen, in mittleren ist sie ein zweischneidiges Schwert, in schweren ist sie gefährlich". Ich glaube dieser Satz wird auch weiterhin noch seine Bestätigung finden, und wer einmal seine Richtigkeit erkannt hat, wird nur mit Vorsicht oder Auswahl von Fällen zur Staubinde oder zum Saugglas greifen, und wird schwerlich in die Begeisterung einstimmen, die das Bier'sche Verfahren bei Vielen und so auch bei Tantzscher, gefunden hat.

Freilich kommt es darauf an, welches alte Verfahren man übte. Es giebt auch hier gute und schlechte, wer schablonenmässig das Panaritium mit Kataplasmen behandelte, bis ein grosser dem Durchbruch naher Abszess mit Leichtigkeit und ohne Gefahr der Verletzung anatomischer Gebilde durch eine harmlose Inzision in die emporgehobene Cutis entleert wurde, wer von vorneherein riesige rücksichtslose und tiefe Inzisionen machte, wer die Wundhöhle immerfort mit Gaze ausstopfte, dass der Eiter sich hinter ihr ansammelte, oder mit lange wiederholter Tamponade Periost und Bänder austrocknete, so dass sie der Nekrose anheim fallen mussten, und wer überhaupt die Phlegmonenbehandlung bisher nicht als die schwierigste Aufgabe der Aerzte und Chi-

[7]) Lexer, In der Diskussion über Bier'sche Stauungsbehandlung im Verein für wissenschaftl. Heilk. in Königsberg, Sitzung am 9. Dezember 1907.

[8]) Lexer, Die Behandlung der septischen Infektionen, Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 14/15 1906.

[9]) Lexer, Ueber die örtliche Behandlung der chirurgisch wichtigen Infektionen. Therapie der Gegenwart, Januar 1903.

rurgen betrachtete, — der wird freilich von Triumphen der Hyperaemiebehandlung sprechen können, denn die Befolgung ihrer genauen Vorschriften zwingt ihn zu manchem, was er bisher oberflächlich übersah und häufig vernachlässigte.

Es ist hier nicht der Ort, auf die Erfolge der in der Lexer'schen Klinik geübten Behandlungsweise einzugehen, welche zur Zeit nach alten Grundsätzen ohne Hyperaemiebehandlung vorgenommen wird, um einen besseren Vergleich durch ein grösseres genau beobachtetes Material zu gewinnen, aber so viel möchte ich doch noch erwähnen, dass wie Lexer vor Kurzem im hiesigen Aerzteverein gezeigt hat, selbst die gefürchteten Streptokokken-Sehnenscheidenphlegmonen der Hand und Finger mit ausgezeichneter Funktion ausheilen können, wenn man die einfachen und für die Praxis überaus wertvollen Regeln der Bergmann'schen Schule befolgt.

Referate.

M. H. Nemser: Ueber das Verhalten des Alkohols im Verdauungstraktus. Separatabdruck aus Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiol. Chemie. Bd. 53. Heft 3—5.

Die Versuche wurden an Hunden nach der Verdauungsfistelmethode angestellt. Die Resultate lauten: «1. Die Resorption des eingeführten Alkohols verbreitet sich, wenn auch nicht gleichmässig, sehr schnell über den ganzen Magendarmkanal. — 2. Im Munde werden bei Einführung von gewöhnlichem Weingeist nur minimale Quantitäten Alkohols resorbiert. — 3. Alkohol wird vom Hunde schon im Magen resorbiert. Diese im Mittel 20,8 pCt. betragende Resorption wird noch dadurch auffallender, dass die Hauptmasse des Alkohols im Magen nicht lange verweilt, und dass der ganze Versuch am Magen nur ca. eine Stunde dauert. — 4. Im Duodenum wird die Resorption fortgesetzt. Unter gewöhnlichen Bedingungen entfällt auf das Duodenum 8,7 pCt. des resorbierten Alkohols. — 5. Im Jejunum wird die hauptsächlichste Resorptionstätigkeit entfaltet. 52,7 pCt. des Dargereichten Alkohols werden hier resorbiert. — 6. Im Ileum werden die letzten Reste Alkohol, im Mittel 17,8 pCt., resorbiert. — 7. Wird in einem bestimmten Abschnitt des Verdauungstraktus die doppelte Quantität Alkohols eingeführt, so gelangt auch eine doppelt so grosse Quantität zur Resorption. — 8. Alkokol, welcher in den Magen eingeführt wird, verbreitet sich schnell wie eine kräftige Welle durch den Darmtraktus, um gegen das Ende des Ileums zu verschwinden».

Michelson.

Leo Berthenson: Ueber sanitäre Kontrolle der Schulbücher in Russland. Sonderabdruck aus „Internationales Archiv für Schulhygiene". III. Band, 3. Heft. Leipzig, Wilh. Engelmann. 1907.

Für die in der Schule auftretende und mit jeder höheren Klasse zunehmende Kurzsichtigkeit werden als Ursachen angeführt die ungünstige Beleuchtung, schlechte Konstruktion der Schultische, sanitäre Unzulänglichkeit der Lehrbücher. Gegen letzteren Uebelstand hat Prof. Chlopin folgenden vom Reichsmedizinalrate bestätigten und empfohlenen Gesetzesentwurf ausgearbeitet.

Normen für die sanitäre Kontrolle der Schulbücher und Lehrmittel.

A. Ueber die Schrift.

Als Gegenstand für die Messung der Schrift dient der Buchstabe H (russisches N).

1. Die Höhe der Schrift muss für Lernende unter 14 Jahren mindestens 1,75 mm, für solche über 14 Jahren nicht weniger als 1,5 mm betragen.
2. Die Breite der Buchstaben sei nicht weniger als 1 mm.
3. Die Grundstriche der Buchstaben dürfen nicht dünner als 0,25 mm sein.
4. Der Zwischenraum zwischen den einzelnen Buchstaben sei nicht geringer als 0,5 mm.
5. Der Zwischenraum zwischen den Worten darf nicht kleiner als 2 mm sein.
6. Der Abstand der Zeilen muss mindestens 3 mm betragen.
7. Die Zahl der Buchstaben im Quadratzentimeter der bedruckten Seite (Dichte der Schrift) darf 15 nicht überragen.
8. Die Länge der Zeilen darf für Lernende unter 14 Jahren 100 mm, für solche über 14 Jahren 110 mm nicht übersteigen.
9. Kursivschrift ist nicht zulässig, dieselbe wird durch fette oder gesperrte Schrift ersetzt.

Anmerkung. Für Fibeln wird eine Schrifthöhe von mindestens 3—4 mm festgesetzt. In geographischen Atlanten darf die Schrift nicht niedriger als 1 mm sein, und ist das Eintragen von politischen und physikalischen Daten auf einer und derselben Karte verboten.

B. Ueber Papier und Druck.

1. Das Papier ist so dick zu wählen, dass die Schrift der Kehrseite nicht durchscheint (nicht dünner als 0,075 mm); es muss von weisser oder schwach gelblicher Farbe und ohne Glanz sein.
2. Die Druckerschwärze muss von tiefschwarzer Farbe und der Druck vollkommen deutlich und gleichmässig sein.

Der Reichsmedizinalrat hielt eine Trennung der Bücher in solche für Kinder unter 14 Jahren und solche für ältere Kinder hinsichtlich der Buchstabengrösse und der Zeilenlänge für unbequem und belanglos und sprach sich für Abschaffung dieser Trennung aus.

M.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Georg Perthes: Die Verletzungen und Krankheiten der Kiefer. — Deutsche Chirurgie Lieferung 33a. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke 1907.

Wie die Monographieen der «Deutschen Chirurgie» überhaupt, so zeichnet sich auch das Buch von Perthes über die chirurgischen Kieferkrankheiten durch Genauigkeit, Vollständigkeit und klare Darstellung aus. Den Inhalt bilden: Frakturen des Ober- und Unterkiefers, Schussverletzungen der Kiefer, Luxationen des Unterkiefers, odontogene und andere Kiefergeschwülste, Hyperostosen unbekannten Ursprunges, Ostitis der Kiefer, spezifische Entzündungen (Tuberkulose, Aktinomykose, Syphilis), toxische Entzündungen, neuropathische Erkrankungen, Deformitäten, Erkrankungen des Kiefergelenkes, Kieferklemme, Resektion des Oberkiefers, Resektion und Exartikulation des Unterkiefers. — Das Literaturverzeichnis umfasst 48 Seiten.

Wanach.

Zuschrift an die Redaktion.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Die Permanente Internationale Kommission zur Erforschung der Gewerbekrankheiten hat beschlossen eine besondere bibliographische Sektion sowie eine zentrale Bibliothek der einschlägigen Literatur zu gründen.

Infolge dieses Beschlusses wendet sich der Sekretär der Kommission Dr. L. Carozzi durch mich an die russischen Kollegen mit der Bitte, ihm ein möglichst ausführliches Verzeichnis ihrer Arbeiten über den Einfluss der Berufstätigkeit auf die Gesundheit (nicht nur über Berufskrankheiten, sondern auch über sanitäre Regelung der Gewerbe und den Arbeitern zu erweisende ärztliche Hilfe), sowie auch die betreffenden Arbeiten selbst in Form von Abhandlungen, Zeitungsartikeln und Separatabzügen zusenden zu wollen. Die Sendungen sind zu adressieren: «Mailand (Italien). Dr. L. Carozzi. S. Celso, 6. Milano».

Dr. Leo Berthenson.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Allerhöchste Dank wurde eröffnet für ihre Mühewaltung im Zentralkomitee zur Erweisung von ärztlicher Hülfe und Verpflegung an die Bevölkerung der von der Missernte i. J. 1906 betroffenen Gegenden nachstehenden Aerzten: den Vizepräsidenten des Komitees, Geheimräten Leibchirurgen Dr. Eugen Pawlow und Leibmedikus Dr. Leo Berthenson, sowie den Mitgliedern des Komitees seitens des Ministeriums des Innern, Obermedizinalinspektor Dr. Leonid Malinowski und Prof. Dr. W. Ssirotinin, Mitglied des Medizinalrats.

— Auf eine 25-jährige akademische Lehrtätigkeit konnte dieser Tage der frühere Dorpater, gegenwärtig Rostocker Professor, Dr. phil. et med. Dietrich Barfurth, zurückblicken. — Er begann seine akademische Lehrtätigkeit im März 1883 als Privatdozent an der Universität Bonn, war in den Jahren 1889—96 Professor der vergleichenden Anatomie, Embryologie und Histologie in Dorpat und ist seitdem Professor der Anatomie und Direktor des anatomischen Instituts der Universität Rostock.

— Vor kurzem feierte der älteste praktizierende Arzt Deutschlands, Geheimer Sanitätsrat Dr. Leo Reismann in Haspe (Westfalen), seinen 80. Geburtstag. Schon vor 5 Jahren konnte er sein 50-jähriges Arztjubiläum begehen.

— Henri Dunant, der Begründer des Roten Kreuzes und der Genfer Konvention, begeht am 8. Mai (25. April) seinen 80. Geburtstag. Aus diesem Anlass ist eine Dünant-Medaille geprägt worden. Die Vorderseite zeigt das Bildnis des Menschenfreundes mit der Umschrift «Joannes Henricus Dunant, natus 8. V. 1828. Auf der Rückseite stehen die Jahreszahlen 1828 und 1908 sowie zum Genfer-Kreuze die Worte: Joannes Henricus Dunant, Fundator Operis Crucis Rubrae 1863, Promotor Conventionis Genevensis 1864.

— Der Oberarzt der 7. Artilleriebrigade Dr. Gustav Marks ist auf eigenes Ersuchen mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Staatsrat.

— Dr. W. N. Klimenko hat sich mit Genehmigung der Konferenz der militär-medizinischen Akademie als Privatdozent für Bakteriologie und Infektionskrankheiten an der Akademie habilitiert.

— Der ausserordentliche Professor der pathologischen Anatomie an der Universität Heidelberg, Dr. Ernst Schwalbe, hat den Ruf als ordentlicher Professor an die Universität Rostock angenommen. Prof. Schwalbe, der gegenwärtig als Prosektor am städtischen Krankenhause in dem benachbarten Karlsruhe tätig ist, wird in Rostock der Nachfolger des verstorbenen Professors Dr. Thierfelder auf dem Lehrstuhl der pathologischen Anatomie.

— Zum Nachfolger des nach Ausdienung der Dienstfrist verabschiedeten Professors Dr. M. Subbotin auf dem Lehrstuhl der speziellen Pathologie und Therapie der chirurgischen Krankheiten mit propädeutischer Klinik an der militär-medizinischen Akademie ist der Privatdozent der Chirurgie, Dr. Woldemar Oppel, gewählt worden. — Dr. Oppel steht im 36. Lebensjahre, hat den Kursus an der mil.-med. Akademie i. J. 1896 absolviert und war in den letzten Jahren Assistent an der I. chirurg. Abteilung des klinischen Militärhospitals.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 5. März in Paris der bekannte russische Psychiater, Geheimrat Dr. Johann Mierzejewski, nach kurzer Krankheit im Alter von 70 Jahren. Der Hingeschiedene war in einer kleinen Stadt des Radomschen Gouvernements geboren und hatte seine medizinische Ausbildung an der mediko-chirurgischen Akademie erhalten. Nach Erlangung der Venia practicandi i. J. 1861 wurde er bei der Akademie zur weiteren Vervollkommnung in der Psychiatrie belassen und später ins Ausland abkommandiert, um sich zur Lehrtätigkeit an der Akademie vorzubereiten. Nach seiner Rückkehr aus dem Auslande fungierte M. als Dozent in seinem Spezialfach, bis er 1877 zum Nachfolger seines Lehrers Balinski auf dem Lehrstuhl der Psychiatrie und Neurologie an der Akademie ernannt wurde, den er bis zum Jahre 1893 inne hatte. Seit 1879 war der Verstorbene beratendes Mitglied des Medizinalrats und viele Jahre auch Präses der hiesigen psychiatrischen Gesellschaft. Als akademischer Lehrer hat er eine Reihe von Schülern herangebildet, die jetzt selbst Lehrstühle an Universitäten bekleiden oder Leiter von Irrenanstalten sind. Literärisch ist er auf seinem Spezialgebiete vielfach hervorgetreten, wie er auch lange Jahre das im Rickerschen Verlage erschienene Journal «Wjestnik klinitschjeskoi i ssudebnoi psychiatrii i neuropatologii» redigiert hat. 2) Am 5. März in Jekaterinoslaw der freipraktizierende Arzt Alexander Karawajew im 53. Lebensjahre nach 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er wurde in seiner Krankenempfangsstunde von zwei jungen Leuten überfallen, die ihn durch mehrere Revolverschüsse in die Brust tödtlich verwundeten. Wie verlautet, hat Dr. Karawajew vor dem Attentat Drohbriefe erhalten, einen — in Jekaterinoslaw, als er zum Deputierten der zweiten Reichsduma, wo er der «Arbeitergruppe» angehörte, erwählt worden war, den zweiten — in Petersburg, beide mit «Camorra des Volksstrafgerichts» unterzeichnet. Was seinen Lebensgang anbelangt, so stammte er von einer Bauerfamilie aus der Gegend von Jekaterinburg und erhielt seine medizinische Bildung an der mediko-chirurgischen Akademie in Petersburg. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1879 diente K. als Arzt kurze Zeit in der Jekaterinburgschen, dann eine Reihe von Jahren in der Petersburger Landschaft, mit dem Wohnsitz in Petersburg. Da er viel mit der Arbeiterbevölkerung verkehrte, so wurde er als die Streikbewegung unter dieser Bevölkerung ausbrach, als Agitator verhaftet und aus Petersburg ausgewiesen. Seit der Mitte der neunziger Jahre war K. als freipraktizierender Arzt in Jekaterinoslaw tätig. 3) In Odessa der frühere Fabrikarzt in Berditschew, Staatsrat Dr. S. Juckelsohn, im 73. Lebensjahre. Der Verstorbene hat die ärztliche Praxis fast 45 Jahre ausgeübt. 4) Am 15. Februar in Moskau der Konsultant am Gefängnishospital, Staatsrat Dr. W. J. Kurkinski, im 54. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher sich auch speziell mit der Behandlung von Zahnkrankheiten beschäftigte, hatte den Arztgrad i. J. 1882 an der Moskauer Universität erlangt. 5) In Odessa am 9. Februar die Aerztin Erasmine Schostowskaja im Alter von 52 Jahren an Blutvergiftung, die sie sich während einer Operation zugezogen hatte. Die Verstorbene hatte i. J. 1884 die weiblichen Kurse am Nikolai-Militärhospital in Petersburg absolviert und war in früheren Jahren in Jelisawetgrad als Aerztin tätig.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Vom Kurländischen Aerztetage. Die in Mitau erscheinende «Baltische Tageszeitung» veröffentlicht nachstehende den ersten Kurl. Aerztetag betreffende Mitteilung:

«Wie in Nr. 1 der Balt. Tagesztg. vom 2. Januar bereits mitgeteilt wurde, findet der diesjährige I. Kurländische Aerztetag in Mitau vom 10.—12. Mai statt.

Die auswärtigen Herren Kollegen, die an dem Aerztetage teilzunehmen beabsichtigen, werden hiermit aufgefordert, sich rechtzeitig an den Herrn Dr. med. O. Spehlmann (Mitau, Akzisestrasse Nr. 11) wenden zu wollen, damit in ausreichender Weise für Wohnungen gesorgt werden kann.

Der Schlusstermin für die Anmeldungen von Vorträgen zum Aerztetage war auf den 10. März festgesetzt worden. Mit Rücksicht auf die, aus äusseren Gründen erst zu Anfang des Jahres erfolgte erste Bekanntmachung ist in Aussicht genommen worden, diesen Termin bis zum 10. April zu verlängern. Die Themata der Vorträge, nebst kurzer Inhaltsangabe, sind bei dem Unterzeichneten anzumelden.

Die Satzungen der Kurländischen Aerztegesellschaft sind mittlerweile den ärztlichen Vereinen der Schwesterprovinzen und den Herren Kollegen in Kurland zugegangen. Aus rein formalen Gründen musste, wegen der für neuzugründende Vereine geltenden Bestimmungen, der § 29 in die Satzungen aufgenommen werden. Er enthält die Namen von 6 Mitauer Kollegen, die offiziell als Stifter der Kurl. Aerztegesellschaft gelten. Im übrigen versteht es sich ja wohl von selbst, dass sämtliche Kollegen, die an der konstituierenden Versammlung vom 25. Oktober a. p. in Mitau teilgenommen haben, eo ipso als Mitglieder der Kurl. Aerztegesellschaft anzusehen sind.

Im Namen des Vorstandes

Dr. med. Hermann Hildebrand».

Mitau, Poststrasse Nr. 23.

— **Estländische Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose.** Vor kurzem fand in Reval, wie die dortigen Blätter melden, die **erste Generalversammlung** der am 6. Februar registrierten Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in Estland statt. In den Verwaltungsrat wurden gewählt: Landrat Baron Rosen — als Präses, Dr. Haller — als Vizepräses, Apotheker R. Lehbert — als Schatzmeister, Pastor Kentmann — als Geschäftsführer, sowie Pastor Sielmann, Dr. Baron Maydell und Dr. Kusmanoff als Glieder der Verwaltung.

Standesangelegenheiten.

— **Attentat auf einen Arzt.** Aus Jekaterinosslaw wurde telegraphisch gemeldet, dass am 3. März in die Wohnung des zur «Arbeiterpartei» gehörigen ehemaligen Abgeordneten der zweiten Reichsduma Dr. Karawajew während des Krankenempfanges zwei junge Leute drangen, die mehrere Schüsse auf den Arzt abgaben und ihn schwer verwundeten. Dr. Karawajew ist inzwischen seinen Wunden erlegen. Wegen des Näheren verweisen wir auf den Nekrolog in der heutigen Nummer. — In Anlass des Anschlags auf das Leben Dr. Karawajews hatte eine Gruppe von Reichsdumadeputierten ihm ein Telegramm zugeschickt, in dem sie dem Verwundeten ihre Teilnahme und ihren Unwillen über den böswilligen Anschlag, der unzweifelhaft aus politischen Motiven geschah, ausdrückten.

— Eine überaus zahlreich besuchte Versammlung der Leipziger Aerzte hat den Beschluss gefasst, dass demnächst auch in Leipzig die ärztliche Sonntagsruhe eingeführt werden soll.

— **Eine seltsame neue Heilmethode!** Dr. N. A. Pospelow hatte sich mit dem Gesuch an den Medizinalrat gewandt, ihm zu gestatten, die von ihm angewandte «anthropologische Heilmethode» in den Zeitungen zu publizieren. Der Medizinalrat hat das Gesuch natürlich abgelehnt und verfügt, Dr. Pospelow darauf aufmerksam zu machen, dass ein derartiges auf die Leichtgläubigkeit und Ungebildetheit des Publikums zielendes Anlocken von Kranken die Würde des Arztes herabsetzt.

Bf.

— **Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs** betrug am 23. Febr. d. J. 13686 (264 wen. als in der Vorwoche), darunter 1747 Typhus — (48 wen.), 866 Syphilis — (65 wen.), 289 Scharlach — (6 wen.), 217 Diphtherie — (1 mehr), 182 Masern — (2 mehr), und 72 Pockenkranke — (10 mehr als in der Vorw.).

— **Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg** betrug in der Woche vom 17. bis zum 23. Febr. d. J. im ganzen 1020, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 0, Typhus abdom. 56, Febris recurrens 7, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 7, Masern 41, Scharlach 17, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 11, Kroupöse Lungenentzündung 46, Erysipelas 5, Grippe 20, Katarrhalische Lungenentzündung 117, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 250, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberkulose der Lungen 124, Tuberkulose anderer Organe 20, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 79, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungskanals 150, Totgeborene 44.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 18. März 1908.

Tagesordnung: Weber: Ueber Appendicitis und Gravidität.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 7. April 1908.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gescn. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlicher und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) 0—35.

BAD KUDOWA

Reg.-Bez. Breslau
Bahnst. Kudowo oder Nachod.
400 m über dem Meeresspiegel.

Saison: Vom 1. Mai bis Oktober.

Arsen-Eisenquelle: Gegen Herz-, Blut-, Nerven- und Frauenkrankheiten.
Lithion-Quelle: Gegen Gicht, Nieren- und Blasenleiden.
Natürliche Kohlensäure- und Moorbäder.
Neu erbohrte, ausserordentlich kohlensäurehaltige und ergiebige Quelle. Komf. Kurhotel. Theater- und Konzertsäle. Anstalt für Hydro-, Elektro- und Licht-Therapie. Medico-mechanisches Institut. Hochwasserleitung und Kanalisation.

Badeärzte: Geh. Sanitäts-Rat Dr. Jacob, Dr. Karfunkel, Dr. Hermann, Dr. Witte, Privat Dozent Dr. Ruge, Sanitäts-Rat Kuhn, Dr. Silbermann, Dr. Münzer, Dr. Brodzki, Dr. Hirsch, Dr. Loebinger, **Dr. Kabierschke, Dr. Bloch,** Dr. Schnabel, Zahnarzt Dr. Wolfes.

Brunnen-Versand durch die Generalvertretung **Dr. S. Landsberg,** Berlin SW. Gitschinerstr. 107, Telephon-Amt IV 1048, und die Bade-Direktion Kudowa.

Prospekte gratis durch **sämtliche Reisebüros, RUDOLF MOSSE** und

Die Bade-Direktion.

Chemische Fabrik auf Aktien

(vorm. E. Schering) Berlin

empfiehlt

SUBLAMIN SCHERING

(Hervorragender Ersatz für Sublimat).

Ausgezeichnet durch grosse Reizlosigkeit. Tiefenwirkung und leichte Löslichkeit. Weniger toxisch als Sublimat.

Tabletten à 1 Gramm

GLUTOL SCHERING

nach Prof. Dr. Schleich

(Hervorragendes Wundheilmittel).

Literatur gratis zur Verfügung. (23) 24—14.

General-Vertrieb: Agences du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau und Moskau.
Briefadressen: Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau.
Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Moskau.
Telegrammadressen: Pasteur, Warschau und Pasteur, Moskau

ФОРМАМИНТЪ БАУЭРЪ

(FORMAMINT BAUER)

Новый препаратъ фирмы Бауэръ и К°, Берлинъ S. W. 48. Соединеніе формальдегида съ молочнымъ сахаромъ, имѣется въ продажѣ въ видѣ таблетокъ по 50 шт. въ склянкѣ. o o o o

Употребляется вмѣсто полосканія

ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНІЯ ЗѢВА И ПОЛОСТИ РТА

при различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ (Ангина, Стоматитъ и т. п.) а также и

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХЪ ЦѢЛЕЙ.

Таблетки дѣйствуютъ путемъ медленнаго растворенія во рту. Пріемъ: 1—2 таблетокъ каждый часъ. Литературу и пробы Гг. врачамъ безплатно.

Главное Представительство Санатогена Бауэръ

С.-Петербургъ, Больш. Конюшенная, 29.

Das erste Moorbad der Welt FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge. Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, medico-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Österreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: **Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.**

Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*

(45) 12—2.

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Temperatur des Seewassers 15—16° R. Kursaison **20. Mai** bis **20. August.** In der Kurbadeanstalt warme **Schlamm-, Moor-, Salz, Elektrische-, Kohlensaure** (Nauheimer) und andere Heilbäder, wirksam bei **Herz** und **Nervenleiden**, Rheumatismus, Lähmungen, Skrofulose, Bleichsucht, Rhachitis. **Frauenleiden** und anderen Krankheiten. **Elektrisches Lichtbad, Luft-** und **Sonnenbäder. Hydrotherapeutische und orthopädische Abteilung. Massage.** Mineralwässer (natürliche und künstliche) sind am Orte zu haben. **Täglich Kurmusik. Keine Kurtaxe.** Nähere **Auskünfte** und Prospekte, auch Quartiervermittelung **gratis** durch die **Badekommission.** Adresse: Badekommission. Pernau. (46) 6—2.



Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. **Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.**

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 12 St. Petersburg, den 22. März (4. April). 1908.

Referat über einen Fall von Kreuzbeintumor.

Von

Dr. med. E. Sokolowsky.

Vortrag, gehalten auf dem livl. Aerztetage am 17. August 1907.

———

Der betreffende Patient ist 35 a. n. ledig. Universitätsprofessor. Grossmutter und Mutter starben an Phtisis pulm., ebenso alle 4 Geschwister der Mutter. Ein Bruder des Vaters ist Alkoholiker, der Vater hochgradiger Neurastheniker. Pat. hat keinerlei venerische Krankheiten durchgemacht, hat überhaupt bislang kein Weib berührt sondern Onanie getrieben und zwar wurden Erection und Ejaculation lediglich auf dem Wege sinnlicher Vorstellungen bewerkstelligt. P. ist intellektuell gut veranlagt, hat mühelos in jungen Jahren eine Universitätsprofessur erlangt. Von klein auf sehr temperamentvoll, reizbar, dabei sentimental veranlagt. Körperlich schwächlich aber ausdauernd. P. hat sich im Laufe der Zeit auf dem Gebiete verschiedener Sporte gut trainiert.

Im August 1905 zeigten sich Schmerzen in der rechten Hinterbacke und im Verlaufe des N. ischiadicus dext. Das Krankheitsbild wurde ausschliesslich von diesen Schmerzen beherrscht, die allmählich zunahmen und sich immer mehr und am intensivsten zum anus und bis zur Rhaphe des Dammes konzentrierten. Im Februar 1906 bemerkte P., dass die Pollutionen anstatt wie bisher i. e. 10-tägig — seltener auftraten, nämlich alle 4 Wochen. Im März 1906 zeigten sich noch Erectionen, aber keine Ejaculationen mehr; das Sperma träufelte langsam aus dem Gliede. Um dieselbe Zeit wurde Abnahme der Sensibilität konstatiert und zwar genau in dem schmerzhaften, oben erwähnten Gebiete; auch zeigten sich Parästhesien, meist im rechten aber auch im linken Bein. Bisher war das Gehen durch die Schmerzen behindert gewesen; im April 1906 wurde Schwäche im rechten Bein empfunden. Die Ausleerungen gehen von nun ab ausschliesslich per Klysma von statten. Im Mai 1906 wurde am Kreuzbein ein point douloureux gefunden. Im Juni 1906 ist das Gehen nur noch mit Hilfe des Stockes möglich. Anfang Juli 1906 Bettlage; das Gehen ist unmöglich, nicht allein wegen der unerträglichen Schmerzen sondern auch wegen zunehmender Schwäche der rechten unteren Extremität. Erectionen kommen nicht mehr vor, sondern nur langsames Abträufeln des Sperma aus völlig schlaffem penis nach entsprechenden sinnlichen Vorstellungen. P. bemerkt retentio urinae und Nachträufeln des Harnes nach der Entleerung. Das Kranksein des P. wurde anfangs als ein Fall von Podagra, später als Neurasthenie aufgefasst und dementsprechend behandelt: Bäder, Elektrizität und alle Antineuralgica waren angewandt, doch ohne jeglichen Erfolg. Vielfach war P. von seinen Aerzten angespornt worden, sich „zusammenzunehmen" und trotz seiner Schmerzen zu gehen.

Am 15. Juli 1906 trat P. in meine Anstalt ein.

Status praesens: P. ist unter mittelgross, gracil gebaut, Ernährungszustand ungenügend. Die Muskulatur ist gering aber fest. P. liegt in rechter Diagonallage d. h. fast auf dem Bauche und zwar rechts, weil der Druck der Bettdecke auf der rechten Hinterbacke nicht ertragen werden kann. Grobe Kraft der ob. Extremitäten (mit dem Dynamometer gemessen): rechts:

6.5 Kgr., links: 5.5 Kgr. In den unteren Extremitäten wird beim Beugen wie beim Strecken mehr Kraft entwickelt, als nach dem Aussehen zu erwarten war. Die Muskulatur des rechten Unterschenkels ist deutlich atrophisch. Umfang der linken Wade 30 ctm., der rechten — 27 ctm. Umfang des linken Oberschenkels; 40 ctm., des rechten: — 37 ctm. Die aktive, wie auch die passive Beweglichkeit des rechten Beines ist durch Schmerz in der Sacralgegend so gut wie unmöglich gemacht, — in den übrigen Extremitäten normal. Die Patellarreflexe sind normal und bdr. gleich; der Achillessehnenreflex ebenso. Der Plantarreflex ist nicht auslösbar, desgleichen „Babinsky". Bauchdeckenreflex kaum vorhanden. Die Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten sind etwas lebhaft.

Grobschlägiger Tremor beider Hände. Die Zunge wird grade ausgestreckt, weist grobschlägigen Tremor auf, ist wenig belegt. Der Rachenreflex ist nicht auslösbar. Facialgebiet frei beweglich. Augenbewegungen normal. Die Pupillen sind bdr. gleich- und normal weit, reagieren auf Lichteinfall, Konvergenz und Schmerz normal.

Der Muskelsinn ist erhalten, — auch in der rechten unteren Extremität.

Die Sensibilität: in der rechten Glutaealgegend ist die Berührungsempfindlichkeit herabgesetzt und zwar speziell an der hinteren und Innenfläche des Oberschenkels. Diese Abstumpfung nimmt nach unten zu ab bis zum untersten Dritteil des Oberschenkels und nimmt zu — je mehr man sich mit dem prüfenden Pinsel der Mittellinie nähert. Die Haut am anus und auf dem Damme bis zur Rhaphe, ferner die rechte Scrotalhälfte und die rechte Seite des penis sind völlig gefühllos, während der rechte Hoden auf Druck in normaler Weise empfindlich ist. Am ganzen übrigen Körper ist die Berührungsempfindung normal.

Der Schmerzsinn ist genau in dem eben beschriebenen Gebiete herabgesetzt resp. erloschen.

Der Temperatursinn weist deutliche Störungen auf; in der an- und hypästhetischen Region wird kalt als warm angegeben; die Empfindlichkeit für warm ist wesentlich herabgesetzt: nach gelegentlicher Berührung der Innenfläche des rechten Oberschenkels mit der blauen elektrischen Lampe entsteht eine Brandblase.

Bei Prüfung der Berührungsempfindung der tiefer liegenden (nicht Hautnerven) erweist sich die Sphäre der übrigen Sensibilitätsstörungen intakt. Diese Prüfung wurde vermittelst der Stimmgabel ausgeführt. Parästhesien und Schmerzen bestehen rechterseits von dem Glutaealgebiete bis hinunter zur Ferse, besonders aber in der Ferse und kleinen Zehe. Vertaubungsgefühl seit dem November auch in der linken Glutaealgegend.

Ca. dem 2. Sacralloche entsprechend befindet sich ein hochgradig schmerzhafter Druckpunkt. Uebrigens löst jede Berührung der Sacralgegend lebhaften Schmerz aus.

Puls: 100 in der Minute, irregularis, mollis. Die Herztöne sind rein, der I. Spitzenstoss gespalten. Die Grenzen normal. Die Reaktion der Hautvasomotoren ist sehr intensiv und beschleunigt. P. ist anämisch. Die sichtbaren Schleimhäute blass. Der ganze Körper ist mit Schweiss bedeckt. Körpertemperatur: 37,4.

Der Lungenbefund ergiebt allenthalben normalen Perkussionsschall und vesikuläres Atmen ohne Rhonchi. Retentio urinae. Der Harn reagiert sauer. Kein Eiweiss. Kein Zucker; viel Phosphate.

Nirgends palpable Drüsen. P. ist psychisch im höchsten Grade erregbar; kommt leicht ins Weinen. Die Intelligenz, Aufmerksamkeit, Gedächtniss in vorzüglichem Zustande. Die bisherige Untersuchung hat den Pat. derart erschöpft, dass von einer Fortsetzung derselben Abstand genommen wird.

Die Lokalisation der Schmerzen und Parästhesien, die Sensibilitätsstörungen und die Konfiguration des betreffenden Gebietes (in Reithosenform), verbunden mit Blasenstörungen liessen jedenfalls eine Erkrankung in den untersten Abschnitten des Rückenmarkes annehmen. Um den Sitz derselben definitiv zu bestimmen, sollte die manuelle Darmuntersuchung vorgenommen werden; liess sich von dort aus etwa ein Tumor fühlen, so war es klar, dass der Krankheitsherd ausserhalb des Wirbelkanales und die Affektion des Nervensystemes im Plexus zu suchen sei d. h. peripher im Gegensatze zum conus terminalis resp. cauda equina.

Am folgenden Tage wurde die Untersuchung fortgesetzt; zunächst wurde die Prüfung mit dem elektrischen Strom vorgenommen: der M. glutaeus dext. ergab mit dem farad. Strom träge Bewegungen bei sehr starken Strömen; ebenso die M. M. biceps femoris, semimembranosus und semitendinosus dext. Die Adductoren, Quadriceps, peronei und solei reagieren prompt, links jedoch stärker als rechts. Die galvanische Untersuchung ergiebt rechts als auch links in den M. M. glutaei erst bei 25 M. A. langsame Zuckungen; ebenso M. M. biceps, semitendinosus und semimembranosus rechterseits. Die Streckmuskeln beider Oberschenkel reagieren prompt; auch MM. peronei und solei. Allenthalben KSZ>ASZ.

Die Untersuchung des Darmes mit dem Finger ergab das Vorhandensein eines ca. apfelgrossen fluktuierenden Tumors, etwa der Höhe des 2. und 3. Sakralloches entsprechend. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass die Sensibilität der Darmschleimhaut völlig erhalten war. Ferner wird bemerkt, dass sich bei voller Bauchlage des P. am os sacrum rechts von der Mittellinie eine ca. dem 2. und 3. Sakralsegmente entsprechende flache Vorwölbung zeigt und palpieren lässt.

Die Lokalisation der Erkrankung betreffend konnte kein Zweifel mehr vorliegen: der conus terminalis war auszuschliessen, weil der Krankheitsprozess sich ca. 1 Jahr hindurch lediglich auf sensiblem Gebiete abgespielt hatte; erst spät hatten sich motorische Störungen hinzugesellt. War nun die Erkrankung — soweit das Nervensystem in Betracht kommt — in die cauda equina oder in den Plexus sacralis zu verlegen?

Für den Plexus spricht 1) die Einseitigkeit der Krankheitssymptome, 2) die lange Dauer des ausschliesslich sensiblen Krankheitsbildes, 3) das Erhaltenbleiben der tiefliegenden sensiblen Leitungen in denselben Regionen, welche eine Herabsetzung der Hautsensibilität aufweisen, 4) die intakte Sensibilität der Darmschleimhaut; NB. sowohl diese, wie auch die tiefliegenden sensiblen Leitungen des ganzen Sakralgebietes kommen aus dem Rückenmark i. e. nicht durch den Plexus; 5) Blasen- und Mastdarmstörungen traten erst 1 Jahr nach dem Beginn des Krankseins auf; 6) die Erektionen bestanden noch eine Weile, nachdem das Ejakulationsvermögen schon erloschen war, denn das Zentrum für die Erektion d. h. für die erweiternden Nerven der Art. profunda penis liegt recht hoch über der Abzweigung des Plexus; 7) die Unempfindlichkeit der rechten Hodensackhälfte bei erhaltener Druckempfindlichkeit des Hodens selbst; 8) schliesslich wurde bei der manuellen Darmuntersuchung jener Tumor gefunden, der, wie nachträglich durch den Chirurgen nachgewiesen wurde — mit der äusseren Vorwölbung am os sacrum korrespondierte, was sich durch Druck und Gegendruck feststellen liess.

Dieser letztere Befund gab den definitiven Nachweis dafür, dass ein Tumor ausserhalb des Wirbelkanales vorlag und dass die Erkrankung des Nervensystemes auf Störungen zurückzuführen sei, die nicht zentral (i. e. in der Cauda), sondern peripher (i. e. am Plexus sacralis) zu suchen waren.

Der konsultierte Chirurg sprach die Ansicht aus, es könne sich eventuell um einen Senkungsabszess handeln, erstens in Anbetracht der vorhandenen Fluctuation des Tumors, zweitens wegen der tuberkulösen Ascendenz des P., drittens aber wegen der Temperaturerhöhungen. In diesem Falle wären die Aussichten, die ein operativer Eingriff bot, relativ günstige gewesen weil nach Entleerung solcher Senkungsabszesse der ursprüngliche Herd verheilen kann. Uebrigens wurde den Angehörigen des P. gleich mitgeteilt, wie die Prognose sich gestalte, falls bei der Operation das Vorhandensein eines Sarcom oder überhaupt eines malignen Tumors festgestellt werden müsste.

Operation: P. wurde auf dem Bauche gelagert. Nachdem das os coccygis abgemeisselt war, wurden mit dem 2. und 3. Finger unter d. h. vor dem os sacrum mehrere Stücke einer blutreichen, weichen Neubildung hervorgeholt. Es erwies sich, dass offenbar ein blutreicher Tumor, ausgehend von der Marksubstanz des Kreuzbeines in starken Wucherungen die Rindensubstanz des Knochens — besonders nach vorne — durchwachsen hatte. Nicht nur der Knochen war durchweg morsch, sondern das kleine Becken war von den Tumorenmassen ganz ausgefüllt. Während des Operierens entstand eine erschreckend aussehende Blutung, die sich aber sofort als vom Tumor ausgehend erwies. Die ganze Masse lag rechtsseitig und wurde zuerst mit der Hand, dann mit dem Löffel entfernt. Dabei verschwand allmälig fast alles, was Kreuzbein gewesen war, so dass das restirende normale Beckeninnere wie das sorgfältigste anatomische Präparat vorlag.

Eine Heilung des Pat. war unmöglich vorauszusetzen; es konnte sich allenfalls um eine Entfernung der Tumormassen und hierdurch um eine Abschaffung des schmerzverursachenden Druckes handeln, falls dem Pat. ein Weiterleben beschieden sein sollte.

Als die Operation beendet war und der Verband angelegt wurde, versagte sehr plötzlich der Puls des Pat., das Chloroformieren hatte bereits aufgehört. Weder Kampher, noch Kochsalzlösung, noch künstliche Atmung waren imstande, den Pat. wieder zu beleben. Die Operation (inklusive die Bandagierung) hatte blos $^1/_2$ Stunde gedauert. Pat. hatte ca. $^3/_4$ Stunde unter Chloroformwirkung gelegen, es waren annähernd 70 cub. ctm. Chloroform verbraucht worden.

Abgesehen von mancherlei Interessantem, was obiger Fall in klinischer und diagnostischer Hinsicht bietet, dürfte wieder einmal die Gelegenheit geboten sein, zu konstatieren, 1) wie lange ein derartiger Fall umherirren kann, ohne zu seiner Diagnose zu gelangen; 2) wieviel von der rechtzeitigen Diagnostizierung desselben abhängt; 3) welche Mengen von Neubildung sich auf einen kleinen Raum konzentrieren können bei relativ geringen klinischen Symptomen.

Die mikroskopisch-anatomische Untersuchung wurde von Dr. A. Schabert freundlichst übernommen. Sein Urteil über den vorliegenden Fall lautete folgendermassen: Der Knochen ist sehr brüchig, rarefiziert. Am mikroskopischen Präparat ist zu konstatieren, dass die Markräume ausserordentlich weit sind, dass sie das Vielfache vom Normalen aufweisen. Entsprechend den weiten Markräumen sind die trennenden Knochenbälkchen äusserst schmal. Der Inhalt der Räume weicht nicht wesentlich von der Norm ab: ausser Fettzellen besteht er aus den lymphatischen Elementen des Markes. Ist nach dem klinischen Befunde ein Tumor anzunehmen, so kann derselbe nur aus einem Gewebe bestehen, das dem normalen Markgewebe ähnlich sieht; in dem Falle käme nur in Frage das Myelom. Ribbert sagt von ihm: es tritt auf in multipler knotiger Form aber auch — zwar selten — in diffuser Verbreitung.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Zum Andenken an Paul Julius Möbius. Von Dr. Ernst Jentsch. Halle 1907, Verlag von Carl Marhold. 26 Seiten. Preis 75 Pf.

Die kleine, mit einem trefflichen Bilde von Möbius geschmückte Abhandlung enthält nicht, wie man nach dem Titel vermuten könnte, Biographisches über den hervorragenden Arzt und Philosophen, dem die Wissenschaft so glänzende Forschungen verdankt; es wird darin vielmehr die hauptsächliche Richtungslinie, die das ganze Lebenswerk des geistreichen Forschers durchzieht, gekennzeichnet. Verf. zeigt, wie Möbius, nachdem er auf das sorgfältigste den gesamten Bereich seines engeren Wissens, der medizinischen Wissenschaft und speziell der Nervenheilkunde, durchmessen hatte, nunmehr auf tiefer liegende Probleme stossend, die Grenzen seines geistigen Gebiets zu erweitern trachtete und auf diesem Wege an das Studium der Entartungserscheinungen heranging, dabei auf die halbvergessene Gall'sche Schädellehre stiess, die er neubildete, wie er sich ferner bei seinen Forschungen bezüglich der geistigen Leistungsfähigkeit des Weibes gegenüber dem Manne, wegen ihrer Bedeutung für gewisse Tagesfragen, zur Abfassung der vielumstrittenen Broschüre «Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes» veranlasst sah, die fälschlich für eine Tendenzschrift gehalten wurde, durch welche man bestimmte moderne Ideale gefährdet glaubte u. s. w.

Die kleine Schrift von Jentsch empfielt sich nach dem Gesagten zur wissenschaftlichen Einführung in das Studium der Arbeiten des geistreichen Forschers und Arztes.

Interessant ist die Mitteilung, dass Möbius, was wohl wenig bekannt sein dürfte, länger als die letzten zwanzig Jahre seines Lebens alkoholabstinent war, dass er aber, trotzdem er persönlich den Standpunkt dieser vollkommenen Abstinenz vertrat, in dieser Frage doch nicht in die Oeffentlichkeit getreten ist, da er hier eine Art vermittelnder Stellung einnahm, die Abstinenz wohl gut hiess und zu ihr riet, sie aber nicht kategorisch von jedem forderte.

Bernhoff.

Rubner, Max: Lehrbuch der Hygiene, Systematische Darstellung der Hygiene und ihrer wichtigsten Untersuchungsmethoden. Zum Gebrauch für Studierende der Medizin, Physikatskandidaten, Sanitätsbeamte, Aerzte und Verwaltungsbeamte. Mit 295 Abbildungen. 8. Auflage. Leipzig und Wien. Franz Deuticke 1907.

Schon der Titel besagt eigentlich, was das Buch gibt und für wen es etwas sein will, doch könnte man hinzufügen, dass es für jeden auf Bildung Anspruch erhebenden Menschen von Interesse sein müsste, zumal aber unsere Frauen könnten manche Belehrung sich aus diesem Buche holen: es würde manches Vorurteil, manche falsche Vorstellung schwinden. Allerdings ist zum Verständnis eine gewisse naturwissenschaftliche Vorbildung unerlässlich, doch ist das Buch leicht und interessant geschrieben und dürfte auch Laien fesseln.

Es kann hier nicht detailliert auf einzelne Kapitel eingegangen werden, zumal das Werk den Kollegen z. T. aus früheren Auflagen bekannt sein dürfte, allein es sei erwähnt, dass nach einer kurzen Einleitung auf 16 Seiten eine «Geschichte der Gesundheitspflege» gegeben wird, in der wir erfahren, was von den Aegyptern an in den jeweiligen Kulturperioden für hygienische Vorstellungen herrschten und von Gesundheitspflege geübt wurde.

Wenn wir dann die Behandlung der Medien, die uns umgeben, die Atmosphäre, den Boden, die Wärme, das Klima, das Wohnhaus und die Stadtanlagen übergehen, so brauchen wir auf die Abschnitte über Ernährung, Nahrungs- und Genussmittel nicht einzugehen, dagegen wollen wir auf den

Abschnitt, der den «hygienisch wichtigen Lebensverhältnissen» gewidmet ist, hinweisen, da er des Interessanten viel bietet und man in unserer modernen Kultur nach Verbesserungen und Reformen sich sehnt. Es wird hier der Geschlechtsverkehr, das Kindesalter, die Schulen, die Gefangenen und die Kranken abgehandelt, eine Stufenfolge von reformbedürftigen Institutionen, von denen nur die letzten im Westen Europas wenigstens in letzter Zeit sich über zeitgemässe Behandlung nicht beklagen dürfen.

Ferner sei noch auf den Abschnitt über Gewerbehygiene hingewiesen, in dem wir über eine lange Reihe von Betrieben Auskunft erhalten und wodurch sie dem Arbeitenden gefährlich werden; dieser Abschnitt ist durch die vielen Abbildungen, die ihn illustrieren von besonderem Wert.

Ucke.

Ribbert, Hugo: Beiträge zur Entstehung der Geschwülste. Zweite Ergänzung zur „Geschwulstlehre für Aerzte und Studierende". Mit 40 Abbildungen. Die Entstehung des Karzinoms. Bonn, Verlag von Friedrich Cohen, 1907.

Ribbert's Auffassung der Tumorgenese, ausführlich in seiner «Geschwulstlehre» dargelegt, hat im Laufe der Zeit Wandlungen erfahren, die ihn zu einer Reihe von Publikationen veranlassten. Hier liegt uns nun das zweite Heft der «Beiträge» vor, in dem er wieder auf die Karzinomentstehung eingeht.

Er betont, wie früher, dass Spekulationen über die Genese ohne das Studium entsprechenden Materials von Anfangsstadien absolut wertlos waren. Indem er das Prinzip des «Aussichherauswachsens» wahrt, gibt er auf Grund der Beobachtungen an einigen neuen Fällen von Anfangsstadien eine multizentrische Entstehung bei Hautkarzinomen zu.

In der «voraufgehenden zelligen Umwandlung des Bindegewebes, die das Wachstum der Epithelzellen auslöst» glaubt R. die Entstehungsursache des Krebses gefunden zu haben und stellt sich den Vorgang in der Weise vor, dass das Bindegewebe eine Auflockerung erfährt mit Bildung von Spalten, in die hereinzuwachsen das Epithel sich veranlasst fühlt. Das Vorhandensein des Krebses wird aber erst mit dem Moment markiert, «wenn das wuchernde Epithel seinen physiologischen Zusammenhang eingebüsst hat». Allein auch der Genese aus embryonalen Keimen wird eine gewisse Bedeutung eingeräumt und wenn sich R. stets so scharf gegen die Annahme einer Anaplasie ausgesprochen hat, so spricht er hier von «überraschender Proliferationsfähigkeit» natürlich der Zellen, von «unabhängigem selbständigem d. h. parasitärem Wachstum». Ist das nicht der Anaplasie sehr nahe? Auch sind die Beweise gegen eine biologische Aenderung und für die Bindegewebshypothese keineswegs überzeugend, denn warum ein grosses Gebiet veränderten Bindegewebes nur auf einzelne Sprossen anregend wirken soll, dagegen die biologische Aenderung nicht an einem Punkt, sondern auf einer weiten Fläche stattfinden muss, leuchtet nicht ohne weiteres ein.

Man gewinnt beim Lesen des Buches den Eindruck, dass der mannigfache Widerspruch, den die Ribbert'sche Theorie gefunden hat, den Autor zu immer neuen Auslassungen, zur Ausgestaltung seiner Ideen immer wieder führt. Ob sie aber zu allgemeinerer Anerkennung gelangen werden erscheint uns fraglich, das Studium der histologischen Details wird jedoch seinen bleibenden Wert behalten.

Ucke.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 18. September 1907.

Vorsitzender: Fick. Protokollführender: Moritz.

1. Lezenius demonstriert einen Fremdkörper, der in der St. Petersb. Augenheilanstalt aus der Orbita eines Patienten entfernt worden ist. — Die Krankengeschichte ist kurz folgende:

Patient giebt an, im November 1906 auf das Gesicht gefallen zu sein und behauptet seit dieser Zeit, Schmerzen im linken Auge zu haben und das obere Lid nicht heben zu können.

Bei der Besichtigung ergiebt sich komplete Ptosis des linken Auges; beim Palpieren entdeckt man am oberen Rande der linken Orbita, ziemlich in der Mitte einen Vorsprung, der in Uebereinstimmung mit der Anamnese am meisten als Callus imponiert.

Am 30. Mai schritt ich zur Ptosisoperation und traf mit dem Messer auf der Stelle, die ich als Callus angesehen hatte, auf einen metallischen Fremdkörper. Da es uns an den nötigen Instrumenten gebrach, gelang die Extraktion des Fremdkörpers nicht, und erst Herr Dr. Henking entfernte denselben am 1. Juni. Entfernt wurde die Schneide eines Messers mit abgebrochener Spitze. Der Fremdkörper hat die Länge von 5¼ ctm., ist an seinem hintern Ende 1½ ctm. und an seiner Spitze mehr als ⅓ ctm. breit. Dieser Fremdkörper war durch das obere Lied in der Richtung von aussen und vorn nach innen und hinten über dem Augapfel in die Orbita eingedrungen und hat daselbst 7 Monate gelegen, ohne dem Auge selbst einen nennenswerten Schaden zuzufügen, da Patient mit 0,6 Sehschärfe entlassen wurde. Als dem Patienten der Fremdkörper gezeigt wurde, änderte er plötzlich seine Aussagen und erzählte, er sei vor 7 Monaten von 3 unbekannten Menschen überfallen worden, und hätte einen Schlag in's Gesicht erhalten. Hiermit war denn auch die Anwesenheit dieses riesigen Fremdkörpers in der Orbita erklärt. — Nach der Entfernung desselben ging die Ptosis unerheblich zurück, doch musste ich ihm dennoch eine Ptosisoperation (nach Hess) machen, worauf das Lid wieder gehoben werden konnte.

(Autoreferat).

Diskussion:

Henking betont, dass in dem berichteten, von ihm operierten Fall, der Fremdkörper fest im Knochen eingekeilt sass. Es hat den Anschein, als ob auf dem Gebiet der Orbitalchirurgie ähnliche überraschende Befunde wie in diesem Fall, nicht allzu selten sind. H. erinnert an den von ihm im Alexanderhospital operierten und hier im Verein besprochnen Fall und erwähnt ferner einen weiteren, bei dem es sich um eine von ihm ausgeführte Extraktion eines abgesprengten Knochensequester's aus der Orbita handelte. Trotzdem eine Fraktur der Orbitalwand vorgelegen haben musste, leugnete der Pat. jede Verletzung.

2. Ucke berichtet über die auf der Naturforscherversammlung in Dresden stattgehabten Debatten und Vorträge in der Typhusfrage.

Für den Praktiker ergab sich als wichtigstes Ergebnis, dass die Galle tatsächlich als bester Nährboden für die Typhusbazillen anzusehn ist und dass die Züchtung derselben aus dem Blute bei Benutzung der «Gallenröhrchen» leicht ausführbar ist. In der Gallenblase können die Bazillen Monate-ja Jahrelang nach klinischer Heilung des Kranken erhalten und virulent bleiben, worauf sich auch beim Typhus die grosse Bedeutung der «Bazillenträger» ergiebt. Solche Bazillenträger können, bei bester eigener Gesundheit, zu ganzen Epidemieen Veranlassung geben und den Typhus von Ort zu Ort verschleppen.

Diskussion:

Henking fragt, ob solche späte T.-bazillenbefunde in der Gallenblase wirklich häufig bakteriologisch festgestellt seien und zu event. späteren Erkrankungen des Pat. selbst führen, — da ihm aus der Literatur darüber nichts bekannt ist.

Wanach bestätigt den rel. häufig festgestellten Typhusbazillenbefund in der Galle und erwähnt eine diesbezügliche Arbeit von Rokizky aus dem Peter-Paulhospital. R. konnte im Zentrum von Gallensteine, Typhusbazillen nachweisen. Ferner fragt W. ob noch die zur Zeit des Burenkrieges aufgekommenen Typhuspräventivimpfungen nach Wright ausgeführt würden.

Ucke ist darüber nichts bekannt. Was die T.-bazillen in der Gallenblase betrifft, so sind sie nicht nur ein häufiger Befund, sondern können selbst die Veranlassung zu späteren ernsten Erkrankungen des Trägers werden. So sind sie mehrfach als Kern und vermutlich Veranlassung von Gallenkonkrementen nachgewiesen worden.

3. Bary spricht über: Verminderte Zurechnungsfähigkeit. (Der Vortrag ist im Druck erschienen. Wiener klin. Woch.).

Sitzung vom 2. Oktober 1907.

Vorsitzender: Blessig. Protokollführender: O. Moritz.

1. Albanus: Ueber Fieber bei Syphilis. (Erscheint in der Zeitschrift für klinische Medizin).

Diskussion.

Strauch erinnert sich mehrerer Fälle von hartnäckigem Fieber bei Syphilis. In dem einen Fall schwand ein mehrmonatliches Fieber nach 2 Hg.-injektionen. In einem 2. Fall bestanden luetische Rachen- und Lungenaffetionen, die gleich



n Fieber prompt nach Hg. schwanden. In einem 3. Fall
nen sich freilich der Zustand zu verschlimmern, indem sich
eine Hg-kur eine schwere Stomatitis anschloss. Doch ent-
:kelte sich hier allmählig ein typischer Skorbut. Bei dem
tischen Fieber ist somit zuweilen nicht nur das von Al-
nus warm empfohlene Jodkali, sondern auch das Hg. von
tzen: Letzteres soll natürlich nur bei gutem Kräftezu-
nd gegeben werden und muss Gewicht wie Ernährungszu-
nd des Kranken dabei kontrolliert werden.

v. Holst (Hapsal — als Gast) hat kürzlich einen Fall in
handlung gehabt, bei dem ein etwa 10-wöchentliches Fieber,
lches gummöse Prozesse begleitete, auf Jodkali schwand.
Lues war vor 30 Jahren aquiriert worden.

Michelson berichtet über einen Fall, in dem eine Leber-
s bestand und offenbar durch ein Gumma eine Kompression
Vena cava infer. bewirkt wurde. Das Fieber schwand
lig bei Hg. und J.K.-gebrauch und alle Stauungserschei-
ngen gingen zurück.

Prof. Petersen hat eine ganze Reihe von Fällen beob-
tet, die unter antiluetischer Behandlung ihr Fieber ver-
en. Schwierig ist die Differentialdiagnose, resp. richtige
ahl der Therapie bei Komplikation mit Malaria.

Ferner weist P. auch noch auf den Nutzen einer Kombinie-
g der Jodkalibehandlung mit Hydrotherapie hin.

Hackel hat mit Prof. Petersen zusammen eine Patientin
Behandlung gehabt, die nach 112 Hg.-injektionen in einem
serst elenden Zustand mit beträchtlichem Fieber bei 88
nd Körpergewecht die Hydrotherapie begann. Unter gleich-
igem Jodkaligebrauch nahm sie in 2 Monaten 28 Pfund zu
l verlor ihr Fieber.

Auch in einem v. Westphalen schon erwähnten Fall be-
rte sich nur das Jodkali, nicht das Hg., gegen das lueti-
e Fieber. Daher ist H. mehr dafür, bei derartigen Fällen
erster Linie das Jodkali zu versuchen.

. Moritz erwähnt einen Fall, in dem nach vergeblicher
kalibehandlung das Fieber nach 3 Quecksilberschmierungen
schwand. Es handelte sich um einen Fall von Lebersyphi-
der dauernd gesund blieb. Der Fall ist von Westphalen
schon erwähnt.

Ferner hat M. in einem Fall von luetischem Fieber bei
m Pat. der den Abd.-Typhus durchgemacht hatte, (mit
auch zusammen beobachtet) und in einem anderen, bei
anscheinend eine Malaria vorausgegangen war, ganz ab-
n grosse Milzanschwellungen während des wohl sicher als
isch anzusehenden Fieber's beobachtet. Er vermutet, dass
it die vorangegangene Infektionskrankheit die Prädispo-
n für solche abnorme «luetische» Milchschwellungen ab-
en könne.

of. Petersen hat dasselbe Verhalten bei Lues nach
Recurrens beobachtet und schliesst sich der Ansicht des
redners an.

lbanus: Ob Quecksilber oder Jodkali zur Anwendung
men soll, um ein als luetisch verdächtiges Fieber zu
itigen, muss von Fall zu Fall entschieden werden. Ihm
Jodkali bessere Dienste geleistet. Vielleicht müsse auch
chen Hg.-injektione und Schmierungen unterschieden
len.

Heimbürger: Ueber Metritis dissecans. (Er-
nt in der Petersb. med. Woch.).

Diskussion.

:ke: Die Seltenheit der Gangrän des Uterus liege wohl
, dass die sogenannten «Fäulniserreger» keine Gangrän
ern nur Eiterung hervorrufen. Weder Strepto- noch
ylokokken machen Gangrän. Echte Gangränbildner sind
der Bacillus fusiformis und die Spirochäten der Mund-
. In 10 Fällen von Noma, i. e. echte Gangrän der
genschleimhaut, hat U. Spirochäten nachweisen können.
verbreiten sich jedoch nicht auf dem Blut- oder Lymph-
. Es kann somit zur Uterusgangrän nur durch Verun-
gung von aussen her kommen.

anach widerspricht diesen Ausführungen: Streptokok-
ührten nicht nur zur Eiterung, sondern auch zur fort-
itenden Gewebsinfiltration und Nekrotisierung der Ge-
i. e. Gangrän. Aehnliche «Gangränen», seien auch die
strierendon Milzabszesse. Er könne somit nicht zugeben,
nur Spirochäten Gangrän erzeugten.

ke betont, dass er unter echter Gangrän eben nur ei-
Prozess versteht, der ohne Eiterung verläuft. Dass bei
er Einschmelzung, so auch beim Typhusabszess, Gewebe
rbe, sei selbstverständlich.

imbürger: In der Frage der Aetiologie, und speziell,
sogenannten «Fäulniserreger» zu Bakteriämien führen
en, ist das letzte Wort noch nicht gesprochen. Die An-
n Herff's stehn hier beispielsweise im Widerspruch
enen Waltard's. Es werden noch diesbezügliche For-
gen nötig sein.

v. Holst — Hapsal (als Gast) spricht über die Bedeu-
g des Kurortes Hapsal.

Sitzung vom 16. Oktober 1907.

Vorsitzender Blessig. Protokollführender O. Moritz.

1. A. Feldt: Ueber otitische Kleinhirnabs-
zesse. (Erscheint im Druck).

2. Lange: berichtet als Korreferat über dasselbe Thema
über 5 Kleinhirnabszesse aus dem Obuchow-
Hospital. Mit Demonstration 2. Gehirne.

Diskussion:

Germann betont, dass bei Kleinhirnabszessen selten pa-
thologische Augenspiegelbefunde fehlen. Neuritis u. Atrophia
nervi optici seien dabei im ganzen häufiger als Stauungspa-
pille.

Feldt: Gleich Lange will ich noch darauf hinweisen,
dass die Dauer eines Hirnabszesses unmöglich auch nur an-
nähernd bestimmt werden kann. Als Beispiel erwähne
ich einen Fall von Schwarze, bei dem ein Knabe
am Tage nach einem gut bestandenen Examen wegen eines
Hirnabszesses operiert wurde. Man ersieht daraus, wie gering-
fügig die Beschwerden derartiger Leiden sein können.

Lange: Einer der von mir besprochenen Fälle illustriert
klar die Notwendigkeit einer rechtzeitig vorzunehmenden Para-
zentese. In meinem Fall wär letztere leider nicht ausgeführt
worden, obschon die Indikation dazu vorlag. Der letale Aus-
gang hätte sich dann vielleicht vermeiden lassen.

3. Bohnstedt: Ueber Serumtherapie der puer-
peralen Infektionen.

Diskussion.

Luchsinger: hat sowohl im Alexandrastift wie in der
Privatpraxis eine ganze Anzahl von Fällen, etwa 15—20, mit
polyvalentem Antistreptokokkenserum behandelt und hat nie
einen eklatanten Erfolg gesehen. Wohl aber in mehreren
Fällen, dreier erinnert er sich genau, — deutliche Verschlim-
merungen. Er muss sich somit der skeptischen Ansicht
Herff's anschliessen, welcher im Winkel'schen Handbuch
der Geburtshilfe der Anwendung bakterizider Sera, wie es
das Streptokokkenserum ist ablehnend gegenübersteht. Wir
können bei derartigem Serum nie wissen, wie stark die Wir-
kung der durch die Vernichtung der Bakterien freiwerdenden
Endotoxine ist. Wir können durch die so entstehende Toxämie
schwere Verschlimmerungen hervorrufen. Ferner hat L. das
Serum nur in Fällen angewandt wo keine Lokalisierung in
bestimmten Organen nachweisbar war. L. hat bei puerperaler
Sepsis meist und mehrfach mit gutem Erfolg, Kollargol ange-
wandt, daneben ClNa-infusionen und kleine Alkoholgaben.
Das Kollargol hat den Vorzug, dass wir nicht erst die bak-
teriologische Diagnose abzuwarten haben.

L. hat übrigens bisher das von Bohnstedt empfohlene spe-
zifische «puerperale Serum» noch nicht angewandt.

Feldt fragt, weswegen Bohnstedt nur 1 bis 2-malige
Seruminjektionen gemacht habe, da doch sonst oft viel grös-
sere und häufigere Injektionen vorgenommen würden.

Beckmann hält die Kurven von Bohnstedt nicht für
beweisend. Die Beeinflussung des Fieber's durch die Injek-
tionen ist nicht überzeugend. Der Abfall des Fiebers z. B.
nach der Injektion, der am Tage vorher die Ausräumung
eines Abortes vorangegangen war, sei nicht überraschend.
Schüttelfröste nach Abortausräumungen seien sehr häufig.
B. selbst hat in einigen Fällen Streptokokkenserum versucht,
doch war das Resultat völlig negativ. Die Fälle puerperaler
Sepsis verlaufen in sehr verschiedener Weise und einige der
Bohnstedt'schen Kurven seien geradezu charakteristisch
für eine bestimmte Gruppe relativ leichter Fälle, die auch
wohl ohne Injektionen günstig verlaufen würden.

Der eingeschlagene Weg der Serumbehandlung sei somit
zwar aussichtsvoll, leider scheinen aber die guten Resultate
noch nicht bewiesen zu sein.

Bohnstedt betont, dass er nicht alle seine Kurven für
charakteristisch halte, sondern besonders 3 Fälle, in denen das
Fieber nach 2 bis 5-wöchentlichem Verlauf in typischer Weise
nach der Injektion gefallen sei. Was den Fall mit der Abort-
ausräumung betrifft, so sei hier der Schüttelfrost und der
Fieberanstieg nicht gleich gefolgt, sondern erst nach 24
Stunden.

Germann fragt, ob den Kollegen etwas über die Anwen-
dung von nicht spezifischem Serum bekannt sei, wie es z. B.
von Deutschmann, der das Serum von mit Hefe gefüt-
terten Kaninchen benutzte, empfohlen wird.

Wanach kann von chirurgischer Seite keinen sicheren
Erfolg des Streptokokkenserums melden. Er verwirft die An-
wendung als praktisch nutzlos. Die Beurteilung der B.'schen
Kurven ist recht schwierig. Besonders der Fall mit der langen
Kurve, bei dem es zur Bildung eines Abszesses kam, scheint
ihm durchaus nicht beweisend. Vor nicht allzu langer Zeit
hielt man die Bildung von Abscessen bei Sepsis überhaupt
für nützlich und wünschenswert und suchte sie künstlich,
z. B. durch Terpentinöl, hervorzurufen.

Bohnstedt: Was das Quantum des angewandten Serums betrifft, so habe ich 50 ccm. angewandt, Falkner giebt als höchste Einzeldosis 200 ccm., als höchstes Quantum überhaupt 600 gr.

B. glaubt, dass doch in mehreren seiner Fälle ein günstiger Effekt des Serums nicht zu bestreiten sei. Besonders der von Falkner angegebene charakteristische Temperaturabfall bestärke ihn in der Ansicht, dass die Besserung Serumserfolg sei. Freilich müsse er betonen, dass unbedingt das spezifische «puerperale» Antistreptokokkenserum angewandt werden müsse. Jedenfalls glaube er, die Methode den Kollegen zur Nachprüfung empfehlen zu können.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 3. Mai 1907.

1. Potapow demonstriert ein 4 Jahre 10 Monate altes Mädchen, dem er einen Fremdkörper operativ aus dem Oesophagus entfernt hatte. Ljubow G. verschluckte am 17. April 1907 früh morgens eine metallene Pfeife von der Form einer biconvexen Linse, deren zentrale Dicke 0.6 cm. und deren Durchmesser 2.6 cm. betrug. Es machten sich zunächst Atmungs- und Schluckbeschwerden bemerkbar, aber bald vergingen diese Erscheinungen und das Kind nahm flüssige Nahrung zu sich. Der Vortragende sah die Patientin am nächsten Tage, nachdem am Vorabend von mehreren Aerzten vergebliche Extraktionsversuche gemacht worden waren. Bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen zeigte es sich, dass die Pfeife im Oesophagus frontal gestellt war und sich in der Höhe des Ringknorpels befand. Extraktionsversuche ohne und mit Chloroformnarkose waren resultatlos. Es wurde ein Brechmittel verordnet. Am 19. April zeigte das Röntgenbild, dass sich der Fremdkörper genau in derselben Lage befinde, wie am Abende vorher. Darauf wurde die Oesophagotomie ausgeführt: Chloroformnarkose. Der 6 cm. lange Schnitt wurde am inneren Rande des m. sternocleidomastoidens geführt, der m. omohyoidens wurde durchtrennt, darauf stumpf in die Tiefe gegangen. Eine stärkere Blutung fand nicht statt; die Art. thyreoidea wurde nicht durchschnitten, der nervus recurrens nicht freigelegt. Der Oesophagus wurde seitlich eröffnet und der Fremdkörper ohne Mühe entfernt. Die Schleimhautwunde wurde durch 3 Seidennähte geschlossen, die muscularis dagegen nicht, der grössere Teil der Hautwunde wurde vernäht und bis an den Oesophagus ein Marlytampon eingeführt. Verordnet wurde vollständige Diät, Nähr- und Salzklystiere und Spülungen des Mundes mit Wasser. Am 21. April trank das Mädchen freiwillig Milch, wobei ein Teil derselben den Verband durchnässte. Am 23. April fand sich im Verbande etwas geronnene Milch und die Wunde, die bis dahin rein gewesen war, begann etwas zu eitern. Darauf wurde der Versuch gemacht, das Kind vermittelst der Magensonde zu ernähren. Aber in Anbetracht dessen, dass die nochmalige Einführung schon am 23. abends verweigert wurde, gestattete der Vortragende dem Kinde etwas Milch und Bouillon in kleinen Schlucken zu trinken. Es trat nur eine sehr unbedeutende Durchnässung des Verbandes ein; als aber während des Verbandwechsels das Mädchen zu weinen begann, trat sofort Schleim und Speichel aus der Wunde. Seit dem 30. April hörte die Absonderung der genossenen Flüssigkeiten ganz auf und augenblicklich, am 3. Mai, sieht man, dass der genähte Teil der Wunde per primam geheilt ist, während sich an der Stelle des Tampons Granulationen zeigen. Der Verband wurde täglich gewechselt. Die Temperatur war stets normal.

(Uebersetzung des russischen Autoreferats).

In der Diskussion weist Brehm darauf hin, dass sich kreisrunde Fremdkörper hinter dem Larynx mit Vorliebe frontal einstellen, wie es auch in diesem Falle beobachtet wurde. Hinsichtlich der Schleimhautnaht bemerke er, dass dieselbe seiner Ansicht nach nur in ganz frischen Fällen angezeigt sei; entzündliche, die Ernährung ungünstig beeinflussende Veränderungen geben eine Kontraindikation ab.

2. Brehm demonstriert den Wurmfortsatz eines Kindes, den er heute operativ entfernt hat. Der Patient hatte vor 6 Monaten eine schwere mit Peritonitissymptomen einhergehende Attacke durchgemacht. Operiert wurde damals nicht, da Patient spät in Behandlung kam und namentlich an sehr starkem Meteorismus litt. Bei starkem Meteorismus würde aber die Laparotomie erfahrungsgemäss sehr schlecht vertragen. Unter konservativer Behandlung hatten die schweren Erscheinungen allmählich nachgelassen, kleine Temperatursteigerungen kehrten aber bis zuletzt von Zeit zu Zeit wieder. Patient sah immer blass und elend aus, der Puls war stets 120–130 und arhytmisch. Beständiger Meteorismus mässigen Grades. — Der Fortsatz liess sich wider Erwarten leicht exstirpieren; er enthielt eine Striktur und war angefüllt mit blutigem Schleim und einigen Kotsteinen.

(Autoreferat).

3. Christiani hält seinen Vortrag: «Ueber Extrauteringravidität».

An der Hand von Praeparaten und Abbildungen bespricht Vortragender die pathol. Anatomie der Extrauteringravidität, dabei ausschliesslich auf den bahnbrechenden Arbeiten von Werth, Füth, Kühne und Aschhoff fussend. Die genaue Kenntniss des Einbettungsmodus sowie der Veränderung an der Tube muss auch von ausschlaggebendem Einfluss auf die Therapie der extrauterinen Schwangerschaft sein. Wenn auch durch diese genaue Kenntniss des anat.-pathol. Vorganges in gleicher Weise die klinische Symptomatologie gefördert worden ist und man glauben sollte heute noch exakter den Tubenabort von der Tubenruptur trennen zu können, so haben im Gegenteil gerade die Arbeiten von Aschhoff z. B. gezeigt, dass beide Prozesse häufig kombiniert vorkommen können, dass das positive Absterben des Eichens den Zerstörungsprozess der Langhans'schen Zellen noch gar nicht zum Stillstand zu bringen braucht: mit einem Wort, dass aus den klinischen Symptomen sich heute mit Recht kein absolut sicherer Rückschluss auf den path.-anat. Vorgang ziehen lässt. Dass für den äusseren Fruchtkapselaufbruch die einzige Therapie die Operation ist, scheint heute nicht mehr diskutabel. Verf. führt 4 eigene hierher gehörige Fälle an, wobei er für möglichst frühe Operation eintritt und bei Besprechung der Differentialdiagnose betont wissen möchte im Gegensatz zu anderen Autoren z. B. Hammerschlag, dass auch nach Tubenruptur sobald nur Erholung vom ersten Schock eingetreten stets Fieberbewegungen vorhanden sind. Er stellt geradezu eine Tubenruptur oder auch Tubenabort mit starker Blutung, um es hier gleich vorwegzunehmen, ohne Temperatursteigerung als Ausnahme hin.

Da nun, wie oben bei d. path. Anatomie betont wurde, weder eine strenge Scheidung zwischen Tubenruptur und Abort stets möglich, noch bei ausgesprochenem Tubenabort wir jemals mit Sicherheit das Aufhören der Wucherung der Zotten garantieren können, so hält Vortragender auch für den inneren Fruchtkapselaufbruch die operative für die einzig indizierte Therapie, besonders auch, da die Resultate der Operationen ganz ausgezeichnete sind. Doch nicht allein die grössere Lebenssicherheit der operativen Therapie gegenüber der expektativen veranlasst ihn diesen Standpunkt einzunehmen, sondern auch die bei weitem schnellere Rekonvalescenz und Arbeitsfähigkeit der operierten Pat. Vortragender führt für beide Behandlungsmethoden Beispiele an, ohne sein eigenes relativ kleines Material selbstverständlich für irgend welche statistische Schlüsse verwerten zu wollen. Dass Vortragender im Allgemeinen die Laparotomie und nur bei verjauchten Hämatomen den vaginalen Weg bevorzugt, sei hier nur nebenbei bemerkt.

(Autoreferat).

Dohrmann ist die Seltenheit der Extrauteringravidität auf dem Lande aufgefallen und er fragt den Vortragenden, wie das zu erklären sei.

Nach Christiani tritt die Tubenschwangerschaft in Tuben auf, die früher Entzündungen durchgemacht hätten. Da solche hauptsächlich gonorrhoischer oder septischer Natur seien und beides innerhalb der städtischen Bevölkerung viel häufiger vorkomme als innerhalb der ländlichen, sei die relative Seltenheit der Extrauteringravidität auf dem Lande sehr plausibel.

Brehm führt an, dass man hinsichtlich einer operativen Therapie bei den Blutungen infolge von Extrauteringravidität ebenso stehn müsse wie bei anderen intraabdominalen Blutungen. Dieselben können eben nur operativ beseitigt werden. Der sog. Shock gebe keine Kontraindikation, da er durch die Blutungen veranlasst und unterhalten werde.

Vize-Praeses: Zoepffel.
Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Prof. Lord Lister ist zum Ehrenbürger der Stadt Glasgow ernannt worden. Er erhielt auch die Mary Kingsley-Medaille der Liverpool School of Tropical Medicine.

— Sein 50-jähriges Doktorjubiläum beging am 5./18. März der emeritierte Professor der Augenheilkunde und ehemalige Direktor der Universitätsklinik in Freiburg i. Br., Geheimrat Dr. Wilhelm Manz. Der Jubilar erreicht am 16./29. Mai sein 75. Lebensjahr.

— Der ältere Arzt des St. Petersburger Nikolai- Kinderhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Ernst Hoerschelmann, ist auf sein Gesuch mit Uniform verabschiedet worden, gerechnet vom 1. März 1908.

— Der Direktor der Marien-Gebäranstalt in St. Petersburg, wirkl. Staatsrat Dr. Schmidt, ist auf drei Monate ins Ausland beurlaubt worden.

— Der Professor ord. der Syphilidologie und Dermatologie an der militär-medizinischen Akademie, Dr. Timotheus Pawlow ist zum beratenden Mitgliede des Medizinalrats ernannt worden.

— Der Medizinalinspektor des Transbaikalgebiets und Ehrenfriedensrichter des Jurisdiktionsgebiets des Tschitaschen Bezirksgerichts, wirkl. Staatsrat Dr. Zitowitsch, und der Gouvernements-Medizinalinspektor von Bessarabien, wirkl. Staatsrat Dr. Peretjatkowitsch, sind auf eigenes Ersuchen mit Uniform verabschiedet worden.

— Anlässlich seines 30-jährigen Dienstjubiläums im I. Moskauer Stadthospital wurde dem Dr. Michael Lunz, der die Tätigkeit am genanntem Hospital nunmehr aufgegeben hat, von seinen Kollegen eine Adresse überreicht, in der die Verdienste des Jubilars gewürdigt werden und dem Bedauern über das Scheiden Ausdruck verliehen wird.

— Der Privatdozent für allgemeine Pathologie der Odessaer Universität Dr. Leo Tarassewitsch ist vom Kurator aus der Zahl der Dozenten ausgeschlossen worden, da er nach dem Berichte des Rektors im letzten Wintersemester keine Vorlesungen gehalten hat. Er soll im Herbst vorigen Jahres Odessa verlassen haben, ohne die Fakultät davon zu benachrichtigen.

— Der Kurator des Sserebrjany-Kinderasyls in Petersburg, wirkl. Staatsrat Dr. Taube, ist zum Direktor des St. Andreas-Kinderasyls in Petersburg ernannt worden.

— Der Direktor des Kinderasyls zum Andenken an den Tronfolger Nikolai Alexandrowitsch in Petersburg, Staatsrat Dr. Huhn, ist zum Kurator des Sserebrjany-Kinderasyls ernannt worden.

— Der Direktor des physiologischen Instituts in Freiburg Prof. Dr. Johannes v. Kries hat den Ruf an die Universität München als Nachfolger Prof. v. Voits abgelehnt.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 28. Februar in Breslau der langjährige Lodzer Arzt Dr. Markus Goldzobel im 64. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher fast 40 Jahre, davon über 30 Jahre in Lodz, als Arzt gewirkt hat, gehörte zu den ältesten und geachtetsten Aerzten dieser Stadt. 2) In Orenburg am 15. Februar der Senior der dortigen Aerzte, Staatsrat Dr. Alexander Gumburg, im Alter von 76 Jahren. Noch vor kurzem konnte G. das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit begehen, welche die längste Zeit der Stadt Orenburg gewidmet war, wo er als Arzt an der geistlichen Schule und der tatarischen Schule fungierte und sich grosser Popularität in den weitesten Kreisen erfreute. Der Hingeschiedene war auch Mitbegründer der Orenburger physiko-medizinischen Gesellschaft, die 1865 ins Leben trat. 3) In Kowrow (Gouv. Wladimir) am 29. Februar Dr. Karl Salza im 55. Lebensjahre nach mehr als 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit in Moskau, wo er sich mit inneren Krankheiten und Massage beschäftigte. 4) Am 23. Dezember v. J. der Landschaftsarzt Paul Sossimowitsch im 43. Lebensjahre am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Behandlung von Typhuskranken infiziert hatte. Die ärztliche Praxis hat er seit 1893 ausgeübt, in früheren Jahren in der Stadt Borsna. 5) In St. Petersburg am 27. Februar die Aerztin Maria Sherebjatjewa, geb. Krassilnikowa im Alter von 46 Jahren an Phthisis. Sie hatte ihre medizinische Ausbildung in den früheren weiblichen medizinischen Kursen am Nikolai-Militärhospital erhalten, welche sie i. J. 1888 absolvierte. Sie musste ihre ärztliche Tätigkeit aber wegen ihres Lungenleidens bald aufgeben und beschäftigte sich in den letzten 10 Jahren nur mit der Leitung der auf ihre Initiative gegründeten Kinderkrippe auf der Pulverfabrik in Ochta.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Gleichwie an die übrigen Universitäten des Reiches ist, wie die «Nordlivl. Ztg.» erfährt, auch an die Dorpater Universität eine Anfrage, bezw. eine Mahnung seitens des Ministeriums der Volksaufklärung in bezug auf die wegen Mangels des erforderlichen gelehrten Grades nur stellvertretend die ordentliche oder ausserordentliche Professur innehabenden Professoren ergangen. Nach den Informationen der «Russ» hat der Minister Schwarz gefunden, dass die fernere Besetzung der Lehrstühle durch Professoren, die nicht den dafür erforderlichen wissenschaftlichen Grad haben (bekanntlich giebt es seit der Periode der «Reorganisation» der Universität auch in Dorpat nicht ganz wenige ordentliche Professoren, die nur den Magister-Grad und ausserordentliche Professoren, die den Kandidaten-Grad besitzen), zu einer gewohnten Erscheinung zu werden droht und damit die Herabsetzung des Niveaus der wissenschaftlichen Produktivität der akademischen Lehrer heraufbeschwört. Daher hat er die Rektoren der Universität beauftragt, die stellvertretenden Professoren «an die auf ihnen liegende moralische Pflicht betreffs Erlangung des höheren gelehrten Grades» zu mahnen und gleichzeitig von ihnen Auskunft darüber einzuziehen, binnen welcher Frist sie den betr. höheren Grad zu erlangen beabsichtigen. — Diese Anfrage hat insofern überrascht, als in dem neuen Universitäts-Statut, dessen Inkrafttreten für die nächste Zeit erhofft wird, nur ein gelehrter Grad, und zwar der des Doktors vorgesehen ist, so dass der Magister-Grad ganz fortfallen würde; die derzeitigen Magister würden alsdann der Verpflichtung enthoben sein, noch den Doktor-Grad zu erwerben, da sie dann eo ipso zwar nicht den Titel, wohl aber alle Rechte eines Doktors erlangen würden.

— Die im vorigen Jahre bei den höheren weiblichen Kursen in Kiew eröffnete medizinische Abteilung soll, wie von dort mitgeteilt wird, in ein medizinisches Institut umgewandelt werden.

— Von der Bildungsliga wird im Mai d. J. in St. Petersburg eine «Pädagogische Akademie» eröffnet, in die nach der Bekanntmachung, welche das Konseil dieser Akademie in den Zeitungen erlassen hat, Personen mit höherer Bildung aufgenommen werden, die in der Naturkunde und Hygiene unterrichten wollen. Das Konseil dieser Akademie besteht aus dem Präsidenten — A. N. Makarow, dem Vizepräsidenten — M. M. Kowalewski und dem Sekretär — A. P. Netschajew. Die Vorlesungen über Naturkunde und Hygiene werden folgende Professoren halten: J. E. Schawlowski — über Anatomie, W. J. Wartanow, J. P. Pawlow, J. P. Tarchanow — über Physiologie, N. P. Gundobin, G. W. Chlopin — über Schul-Hygiene, L. W. Blumenau, A. S. Gribojedow, D. A. Drill — über pathologische Pädagogik, J. J. Borgmann, W. A. Wagner, W. J. Wernadski, F. K. Wolkow, W. J. Polowzew — über Naturkunde. Das Honorar für die Vorlesungen beträgt 100 Rbl. jährlich. Gesuche um Aufnahme in die Zahl der Hörer sind — unter Beifügung des Attestes über die Absolvierung einer höheren Lehranstalt, des Taufzeugnisses und einer Bescheinigung der Wehrpflichtkommission — an das Konseil (St. Petersburg, grosse Konjuschennaja Nr. 1) spätestens bis zum 1. Mai 1908 einzureichen.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Der XX. Livländische Aerztetag wird in diesem Jahre vom 28.—31. August in Riga stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen sind möglichst bald, spätestens aber bis zum 30. Juni an die Adresse des Präses Dr. A. v. Bergmann, Schulenstrasse, oder des ersten Sekretärs Dr. W. v. Holst, Nikolaistrasse, erbeten.

— Zur Erforschung tropischer Seuchen ist in Paris von Prof. Laveran, dem Entdecker des Malariaerregers und Träger des letztjährigen Nobelpreises, die «Société de Pathologie exotique» gegründet worden, die ihre Tagungen im Institut Pasteur abhalten wird. Von deutschen Gelehrten wurden Prof. Rob. Koch (Berlin) und Prof. Paul Ehrlich (Frankfurt a/M) zu Ehrenmitgliedern ernannt.

— Der Pirogow-Aerztegesellschaft wurde, wie wir meldeten, weder die Einberufung eines Kongresses ihrer Mitglieder, noch die Veranstaltung eines Kongresses der Fabrikärzte gestattet. Ungeachtet dessen hat der Verwaltungsrat der Pirogow-Gesellschaft in seiner Sitzung am 15. März in Moskau beschlossen, nochmals um die Erlaubnis zur Einberufung eines Fabrikärztekongresses, der in allernächster Zeit zusammenzutreten hätte, einzukommen.

Standesangelegenheiten.

— Aus Jelez ist der dort populäre Arzt Dr. K. G. Chruschtschow als politisch verdächtig ausgewiesen worden.

— Eine polizeiliche Durchsuchung wurde am 12. März in den Räumen des im Moskauer Kreise belegenen Ostaschkower Hospitals und in den Wohnungen des Arztes N. N. Patschkin, sowie der Feldscherinnen E. Dicht, A. Bodrostina und J. Tscharotschnikowa vorgenommen und dabei eine Menge kompromittierenden Materials gefunden. Es sollen ca. 600 Briefe und Telegramme, verschiedene Korrespondenzen revolutionären Inhalts und Porträts von Staatsverbrechern dort konfisziert worden sein.

— Vom Moskauer Zensurkomitee ist das Februarheft (Nr. 2) des laufenden Jahrganges des Journals der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow wegen eines in diesem Heft abgedruckten Artikels «Союзъ врачей» (der Aerztebund) von Dr. W. Kanel beschlagnahmt worden. Das Zensurkomitee hat ausserdem beschlossen, die Redakteure des Journals Dr. Dr. J. W. Popow und K. J. Schidlowski auf Grund des Art. 129 des Strafgesetzes (für Aufforderung zum Umsturz der bestehenden Staatsordnung) zur gerichtlichen Verantwortung zu ziehen.

— Das Moskauer Stadtamt hat die Zahl der städtischen Schulärzte um 2 vermehrt. Die Gesammtzahl der Schulärzte in Moskau ist aber entschieden eine zu geringe, da auf je 25 Elementarschulen mit 3550 Schülern gegenwärtig nur ein Schularzt kommt, wärend es doch notwendig wäre, dass schon auf je 12 Schulen mit 1500 Schülern ein Arzt vorhanden ist.

— In Japan hat die Zahl der praktizierenden Aerzte in den letzten Jahren so erheblich zugenommen, dass auf 1348 Einwohner schon ein Arzt entfällt, in Tokio aber bereits auf 810 Einwohner ein Arzt. Fremde Aerzte giebt es in Japan nur 33.

— Der Marienbader Aerzteverin hat im vorigen Herbst ein Erholungsheim für kurbedürftige Aerzte gegründet. Jetzt sind bereits 70 Zimmer für den Monat Mai und September bereitgestellt, die zunächst Aerzten der österreichisch-ungarischen Monarchie wie des Deutschen Reiches zum Kurgebrauch zur Verfügung stehen. Das Komitee besteht aus den Herren Dr. Grimm, Stark und Zörkendörfer.

Verschiedene Mitteilungen.

— Denkmal für Prof. E. v. Bergmann. Am 1. März ist auf die Vorlage des Ministers des Innern die Allerhöchste Genehmigung zur Eröffnung einer Spendensammlung in verschiedenen Städten des Reiches behufs Errichtung eines Denkmals in der Stadt Dorpat für den verstorbenen Professor der Chirurgie an der Dorpater und der Berliner Universität Dr. Ernst v. Bergmann erfolgt.

— Für die Robert Koch-Stiftung sind in der letzten Zeit grosse Spenden eingelaufen, unter anderen von der Stadt Berlin 50,000 Mark, von dem deutschen Zentralverein zur Bekämpfung der Tuberkulose ebensoviel, von dem bekannten amerikanischen Milliardär und Mäcen Andrew Carnegie sogar 1/2 Million Mark, so dass das Stiftungskapital bereits die Höhe von 800,000 Mark erreicht hat. Durch die Stiftung soll dem Meister der Bakteriologie ein dauerndes Zeichen der Anerkennung für seine hervorragenden Arbeiten gewidmet werden, sie wird daher der Förderung wissenschaftlicher Arbeiten sowie auch praktischer Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose dienen.

— Die Herausgabe der von Prof. O. Lassar begründeten Dermatologischen Zeitschrift haben mit Unterstützung hervorragender Fachgenossen im In- und Auslande nach dessen Tode die Herren: A. Blaschko (Berlin), K. Herxheimer (Frankfurt), E. Hoffmann (Berlin), V. Klingmüller (Kiel), M. Wolters (Rostock) übernommen. Die Zeitschrift soll auf eine breitere wissenschaftliche Basis gestellt, der Referatenteil erweitert, Korrespondenzen aus dem Auslande, Sammelreferate über aktuelle Fragen neu hinzugenommen werden.

Die Redaktion leitet Herr Prof. Hoffmann, Berlin N. W. Schiffbauerdamm 29, an den alle Zuschriften u. s. w. zu richten sind.

— Epidemiologisches aus Moskau. Die Rückfalltyphusepidemie in Moskau weist noch immer eine stetige Zunahme auf; am 6. März lagen in den städtischen Krankenhäusern nicht weniger als 656 Personen an dieser Krankheit danieder. Dagegen nimmt die Pockenepidemie in der Stadt beständig ab, so dass die Gesamtzahl der im Ssokolniker Hospital untergebrachten Pockenkranken sich bereits auf ca. 200 reduziert hat.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. März d. J. 14028 (332 mehr als in der Vorwoche), darunter 1803 Typhus — (56 mehr), 930 Syphilis — (64 mehr), 281 Scharlach — (8 wen.), 238 Diphtherie — (21 mehr), 138 Masern — (6 mehr), und 73 Pockenkranke — (10 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 24. Febr. bis 1. März d. J. im ganzen 950, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 2, Typhus abdom. 44, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 49, Scharlach 11, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 12, Kroupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 3, Grippe 16, Katarrhalische Lungenentzündung 136, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 267, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberkulose der Lungen 106, Tuberkulose anderer Organe 25, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungskanals 119, Totgeborene 52.

Am 8. März d. J. betrug die Zahl der Kranken 12970 (1058 wen. als in der Vorwoche.), darunter 1624 Typhus — (179 wen.), 1005 Syphilis — (75 mehr), 226 Scharlach — (55 wen.), 199 Diphtherie — (39 mehr), 112 Masern — (26 wen.) und 81 Pockenkranke (8 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 2. bis zum 8. März d. J. im ganzen 1068, darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 40, Febris recurrens 9, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 54, Scharlach 24, Diphtherie 29, Croup 0, Keuchhusten 14, Croupöse Lungenentzündung 45, Erysipelas 4, Grippe 16, Katarrhalische Lungenentzündung 143, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 267, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberculose der Lungen 128, Tuberculose anderer Organe 31, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 77, Marasmus senilis 31, Krankheiten der Verdauungsorgane 132, Totgeborene 52.

———

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 1. April 1908.

Tagesordnung: 1) Germann: Zur Myopiefrage und über die Brillenkorrektion Kurzsichtiger.
2) Hein: Ueber das Chorionepitheliom (m. Demonstr. v. Präparaten).

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 7. April 1908.


PRODUKTE aus den NATÜRLICHEN dem Wasser entzogenen SALZEN
VICHY ÉTAT
VICHY
VICHY ÉTAT
DIE QUELLEN GEHÖREN DER FRANZÖSISCHEN REGIERUNG
PASTILLES VICHY-ÉTAT
2 oder 3 Pastillen nach dem Essen fördern die Verdauung.
SEL VICHY-ÉTAT
zur Selbstbereitung des Verdauungs-Wassers
COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT
zur Selbstbereitung des Alkalisch-brausenden Wassers.
SEL und COMPRIMÉS müssen in gekochtem, abgekühltem Wasser aufgelöst werden.

SPERMINUM-POEHL

Erfolgreich angewandt bei **Neurastenie, Marasmus senilis, Blutarmut, Rachitis, Podagra, chron. Rheumatismus, Syphilis, Tuberkulosis, Typhus, Erkrankungen des Herzens** (Myocarditis, Herzverfettung), **Nephritis, Hysterie, Tabes dorsalis, Paralysis progress., Impotentia** etc. und für **Rekonvaleszenten.**

Beste Urteile erster medizinischer Autoritäten.
Die höchsten Auszeichnungen (Grand Prix) auf allen Ausstellungen.

Präparate:	Anwendungsweise:
Essentia Spermini-Poehl pro uso interno.	3 mal täglich eine halbe Stunde vor dem Essen 30—35 Tropfen in alkalischem Wasser (Vichy).
Sperminum-Poehl pro injectione, 2% sterilisierte Lösung in Glasampullen eingeschmolzen.	1—2 Amp. täglich.
Sperminum-Poehl sicc. pro clysm.	Bleibklysmen 1—2 mal täglich, einen Röhrcheninhalt in 100 ccm heissen Wassers.

Literatur gratis und franko vom (13) 12—3.

Organotherapeutischen Institut

Prof. Dr. v. Poehl & Söhne

St. Petersburg, Russland.

Vor Nachahmungen und Verfälschungen wird dringend gewarnt.

ARENSBURG.

Insel Oesel, Gouvernement Livland.

Schlammbadeanstalt Weise, gegr. 1840.

Saison v. 20. Mai bis 20. August.

Auskünfte und Prospekte gratis durch die Aerzte der Anstalt: Direktor wirkl. Staatsrat Dr. R. Bursian, St. Petersburg, Troitzki, № 29, und Stadtarzt Dr. B. Meywald, Arensburg, und durch die Anstalt. (55) 2—1.



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.
Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,
(21) 52—11. St. Petersburg. Ofizerskaja 6, Quartier 37.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

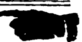
Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 13 St. Petersburg, den 29. März (11. April). 1908.

Dieser № liegt № 3 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei. 

Die Neuenahrer Kur bei Diabetes mellitus.

Von

Sanitätsrat Dr. Teschemacher,

(Bad Neuenahr).

Bad Neuenahr im Rheinland, die einzige alkalische Therme Deutschlands, hat sich durch seine Erfolge bei der Zuckerharnruhr weit über die Grenzen seiner engeren Heimat hinaus, nicht nur in ganz Deutschland, sondern auch in den Nachbarländern, im Laufe der Jahre eine gesicherte und allerorts anerkannte Stellung neben Karlsbad und Vichy zu erringen gewusst. Die erzielten günstigen Erfolge bei der genannten Krankheit werden am besten dadurch illustriert, dass von der alljährlich zur Kur hier anwesenden Gesamtanzahl Kranker (die im verflossenen Sommer ca. 12,000 betrug) mindestens der 4. Teil aus Diabetikern besteht, von denen ein grosser Teil zu wiederholten Malen — manche 10, 12 Jahre hintereinander — die Kur hierselbst gebraucht hat. Wenn trotzdem das Ausland mit einer verhältnismässig nur geringen Ziffer an der Gesamtmenge der Zuckerkranken beteiligt ist, so liegt dies m. E. an dem Umstand, dass Neuenahr ein noch junger Kurort ist und viele Aerzte, nicht nur des Auslands, sondern selbst des Inlands, nach althergebrachter Gewohnheit zumeist die traditionelle Karlsbader Kur verordnen, trotzdem ihnen in Neuenahr für ihre Kranken ein Karlsbad ebenbürtiger und vielfach leichter zu erreichender Kurort zur Verfügung steht. Meine vorliegende Arbeit hat deshalb den Zweck, meine in mehr als 30-jähriger Praxis hierselbst gesammelten Erfahrungen den russischen Herren Kollegen, die bekanntlich eine grosse Anzahl Zuckerkranker alljährlich nach Karlsbad schicken, mitzuteilen und zu versuchen, dieselben für die Neuenahrer Kur bei Diabetikern mehr als dies bis jetzt der Fall gewesen ist, zu interessieren.

Einfluss des Geschlechts, des Alters, des Berufs. Grossstädte.

Von den hierunten zusammengestellten von mir behandelten 2400 Fällen von Diabetes mellitus gehörten 1714 dem männlichen und nur 686 dem weiblichen Geschlechte an, das Verhältnis ist also fast wie 3:1. An der gesamten Zahl nehmen die verschiedenen Altersklassen in folgender Weise teil:

Alter		Anzahl	
1—10	Jahre	17	Fälle
10—20	„	27	„
20—30	„	88	„
30—40	„	269	„
40—50	„	713	„
50—60	„	841	„
60—70	„	346	„
70—80	„	91	„
80—90	„	8	„
Zusammen	.	2400	Fälle.

Wie aus dieser Zusammenstellung hervorgeht, ist das 40. bis 60. Lebensjahr am meisten zur Erkrankung disponiert. Absolut verschont bleibt keine Altersstufe, da man sowohl beim Säugling wie beim hochbejahrten Greis die Krankheit antrifft; mein jüngster Kranker befand sich im 2., mein ältester im 86. Lebensjahre.

Von den im ersten Dezennium stehenden Kranken starb, soweit ich unterrichtet bin, fast die Hälfte inner-

halb eines Jahres; der älteste, ein 85-jähriger, war ein rüstiger Herr, der täglich 2–3 Stunden spazieren ging und einen vorzüglichen Appetit hatte. Sein Zuckergehalt schwankte zwischen 1—2,5%; meine Versuche, ihn zuckerfrei zu machen, konnten nicht gelingen, da er mit der dem Alter eigenen Hartnäckigkeit sich über meine diätetischen Verordnungen beharrlich hinwegsetzte.

Aus diesen Tatsachen geht zur Genüge die grosse Bedeutung des Alters auf den Verlauf der Krankheit hervor. Je jünger der Patient, desto ungünstiger die Prognose; befällt der Diabetes dagegen Individuen, die das 50. Lebensjahr überschritten haben, so verläuft er in den weitaus meisten Fällen milde, und um so mehr, je weiter der Patient im Alter vorgeschritten ist.

Was die Beschäftigung und Lebensweise anbetrifft, so sind unter meinen Kranken zwar fast alle Stände und Berufsarten vertreten, doch stellen diejenigen das grösste Kontingent, die mit angestrengter und aufregender geistiger Tätigkeit verbunden sind, wie dies bei Kaufleuten, die an der Börse spekulieren, Leitern grosser industrieller Etablissements, höheren Staatsbeamten u. s. w. der Fall ist.

Ungefähr drei Viertel meiner sämtlichen Fälle wurden durch Bewohner grösserer Städte geliefert, während die Landbevölkerung ein verhältnismässig geringes Kontingent stellt. Wie sehr die Prozentzahl der Diabetiker in den grossen Städten im Wachsen begriffen ist, geht aus Mitteilungen von Saundby[1]) hervor. Ganz besonders trifft dies für Paris zu, wo die Zahl der an Diabetes Gestorbenen in den Jahren 1865—91 (von 2—16 auf je 100,000 Lebende) um das Achtfache gestiegen ist[2].) — Ausser einem verhältnismässig kleinen Bruchteil Ausländer, die sich auf Holland, England, Amerika, Russland, Schweden und Belgien verteilen, bestand das Gros meiner Kranken aus Deutschen, und zwar aus Bewohnern der preussischen Rheinprovinz und Westfalen, in geringerem Masse aus Norddeutschen, Bewohnern der thüringischen Staaten und Süddeutschlands.

Erbliche Belastung. — Fettleibigkeit. — Gicht. — Rasse.

Von ganz hervorragendem Einfluss auf die Entstehung des Diabetes ist bekanntlich die Erblichkeit, und zwar tritt derselbe nicht nur bei solchen Individuen zutage, deren Eltern oder Grosseltern, sondern auch bei solchen, deren Geschwister oder entferntere Familienmitglieder diabetisch waren oder an schweren Formen von Epilepsie, von Geistes- und Nervenkrankheiten gelitten hatten. Hierfür kann ich aus meinem Material eine Reihe von Belegen beibringen.

So kenne ich eine Familie, in welcher fünf Individuen, nämlich: Tochter, Mutter, Grossmutter, Onkel und Tante an Diabetes erkrankt waren, eine andere, in der bei sämtlichen vier, im Alter von 40—60 Jahren stehenden Geschwistern, die Zuckerkrankheit in einem Zeitraum von vier bis fünf Jahren auftrat und höchst wahrscheinlich auch der Vater an Diabetes gestorben war. Ein dritter Fall betrifft einen 65-jährigen Patienten, den höchst intelligenten Besitzer und Leiter eines bedeutenden industriellen Etablissements, dessen Vater und zwei Brüder, die ebenfalls zuckerkrank waren, Selbstmord begangen hatten, und der von der fortwährenden Angst vor einem gleichen Schicksal verfolgt wurde.

Auf einen sehr interessanten Fall von gleichzeitigem mehrfachen Vorkommen von Diabetes in derselben Familie will ich etwas näher eingehen:

Ein 45-jähriger robuster Herr, den ich mehrere Jahre hintereinander an einer leichten Leberanschwellung behandelt hatte, verspürte im November 1902 starken Durst und Polyurie. Durch seinen häufigen Aufenthalt in Neuenahr mit den Diabetessymptomen wohl vertraut, liess er sofort den Harn auf Zucker untersuchen, und es fanden sich 4%. Als er seiner Gattin hiervon Mitteilung machte, erklärte diese, dieselben Erscheinungen seit einiger Zeit an sich selbst zu verspüren. Durch die daraufhin vorgenommene Harnanalyse wurde wirklich ebenfalls 2% Zucker nachgewiesen. Jetzt fiel ihr ein, dass das 3-jährige Söhnchen, früher ein äusserst lebhaftes, gesundes Kind, in den letzten Wochen über Müdigkeit klagte, in der Ernährung zurückgegangen war und gegen seine frühere Gewohnheit nachts das Bett nässte. Auch hier ergab die Untersuchung das Vorhandensein von Zucker in mässiger Menge. Bei dem jüngsten Kind, einem 13-monatigen Knaben, war vor einigen Wochen wegen eines Gehörleidens eine Aufmeisselung des Warzenfortsatzes vorgenommen worden. Die Operationswunde zeigte keine rechte Tendenz zur Heilung, worüber sich der Arzt öfters verwundert aussprach. Als nun gelegentlich eines ärztlichen Besuches die Mutter von der in den letzten Tagen gemachten Entdeckung von dreifachem Diabetes in der Familie gesprächsweise Mitteilung machte, wurde dem Arzt die Ursache der verzögerten Wundheilung plötzlich klar — auch in diesem Fall fand sich Zucker im Urin. Es kam also hier der als Unikum darstehende Fall zur Beobachtung, dass innerhalb der kürzesten Frist bei einer aus sechs Mitgliedern bestehenden Familie bei vier derselben Glykosurie konstatiert werden konnte. Die beiden älteren Kinder, ein Mädchen und ein Knabe von 11 bezw. 8 Jahren, sind bis jetzt noch zuckerfrei.

Bemerkenswert sind auch zwei Fälle, in denen die Krankheit bei zwei im besten Mannesalter stehenden Herren auftrat, die sich bis dahin einer blühenden Gesundheit zu erfreuen hatten, in dem einen Fall nach einem heftigen Sturz aus dem Wagen, in dem andern nach einer akuten Infektionskrankheit. Bei beiden war in der Aszendenz kein Fall von Diabetes oder einer schweren Nervenerkrankung nachweisbar, dagegen hatten beide ein Kind in jugendlichem Alter an der Zuckerkrankheit verloren.

In reichlich 10% meiner Fälle konnte ich erbliche Belastung ermitteln, in Wirklichkeit ist vermutlich die Zahl eine bedeutend grössere, da manche Patienten von dem Vorleben und den Krankheiten der Familienangehörigen nicht unterrichtet sind oder nichts mitteilen wollen.

Der bekannte Zusammenhang zwischen Zuckerkrankheit und Fettleibigkeit erhellt auch aus meinen Beobachtungen. In einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen war Fettleibigkeit entweder vorhergegangen, oder sie bestand noch, und es stellten sich mir einigemal Kranke von wahrhaft kolossalem Körperumfang vor. Wenn bei Fettleibigen der Diabetes um die Grenze der 50-er Jahre oder später auftritt, so pflegt der Körperumfang gar nicht oder nur wenig abzunehmen und die Krankheit milde zu verlaufen, tritt er dagegen in jugendlichem Alter auf, so magert der Fettleibige gewöhnlich rasch ab, und der Diabetes nimmt einen ernsten Charakter an.

Ich habe unter anderen einen 66-jährigen Herrn von über 6 Fuss Körpergrösse und von 155 Kilo Körpergewicht behandelt, dessen Zuckergehalt nie unter 1% herunterging, weil er sich an diätetische Vorschriften wenig kehrte, und der trotzdem sich des besten Wohlseins erfreute; derselbe starb schliesslich an Apoplexie. — Eine 52-jährige, 125 Kilo wiegende Dame, die vier Jahre hintereinander Neuenahr besuchte, verlor den Zucker, der bei ihrer Ankunft gewöhnlich über 3% betrug, meistens in weniger als acht Tagen und hatte über keines der gewöhnlichen Diabetessymptome zu klagen; sie erlag im 57. Lebensjahre der den Diabetikern so gefährlichen Influenza. — Ein 3. von mir 1905 behandelter Fall betraf einen Herrn von 170 Kilo Körpergewicht, aussergewöhnlicher Körpergrösse und herkulischer Muskulatur. Auch hier handelte es sich um eine leichte Erkrankung.

Noch günstiger verhält es sich mit dem Diabetes der Gichtischen. Derselbe gehört fast allemal zur leichten Form; der Zucker verschwindet bei liberaler Diät meistens rasch, ja, es kommt vor, dass ein reichlicherer Genuss von Amylazeen, als es für gewöhnlich selbst in den leichtesten Fällen gestattet ist, bei gleichzeitiger Herabsetzung der Fleischkost nicht nur auf die Gicht,

[1]) Lectures on Diabetes, S. 21.
[2]) Berl. klin. Wochenschr., 1898, Nr. 39, S. 875.

dern auch auf die Zuckerausscheidung sichtlich günwirkt.

)ass die semitische Rasse hervorragend zum betes disponiert ist, scheint auch aus meinen Beobtungen hervorzugehen, doch darf man die an Badein gewonnenen Erfahrungen, wo die israelitischen kerkranken infolge ihrer relativ günstigeren pekuen Vermögenslage häufiger als die Christen angefen werden, nicht ohne weiteres auf allgemeine Vernisse übertragen.

echanische Schädigungen und Erkrankungen des Zentralnervensystems.

on den soeben angeführten Ursachen der Zuckerruhr, wie Erblichkeit, Rasse etc., die im allgemeinur die Disposition zur Erkrankung vermitteln und entferntere betrachtet werden müssen, sind wohl zu rscheiden die näheren oder Gelegenheitsurhen, durch die es bei bestehender Disposition zum)ruch der Krankheit kommen kann. Zu diesen gen in erster Reihe Erkrankungen oder Inte, die das Nervensystem erleidet. Ganz evitritt der Kausalnexus zwischen derartigen Schädeiten und dem Diabetes zutage, wenn derselbe in akuter Weise nach ausserordentlich heftigen Gebewegungen, desgleichen nach einem Fall oder g auf den Kopf oder die Wirbelsäule zum Aus1 gelangte. Mir sind eine Anzahl derartiger Fälle int geworden:

einem früher ganz gesunden jungen Mann von 23 Jahrach der Diabetes ganz plötzlich aus, nachdem derselbe nem Spaziergang seinen Freund von einem Felsen herzen und als tot hatte forttragen sehen. (Ein Onkel des en war an Diabetes gestorben). — In einem anderen wurde der Ausbruch der Krankheit durch das Durchzweier Wagenpferde veranlasst, welche mit den Indes Wagens auf den Schlagbaum eines Eisenbahnnges losstürmten, als eben der Zug vorbeibrauste. (In imilie der 37-jährigen Patientin waren 4 Diabetesfälle kommen). — Ein dritter Fall betraf eine junge Frau, n Beginn der Krankheit mit aller Bestimmtheit auf den uch eines Brandes zur Nachtzeit in ihrem Hause zuhrte, welcher sie in eine furchtbare Aufregung veratte. (2 Jahre später erkrankte auch eine Schwester betes). In einem vierten Falle musste als Ursache der ikung bei einem 33-jährigen Schauspieler ein anonymer ingeschuldigt werden, in welchem demselben mitgeteilt dass seine Frau ihn mit einem anderen Schauspieler gangen hatte. — Ein ganz ähnlicher Fall kam im r 1902 zu meiner Kenntnis. Er betraf einen auf der in Deutschland befindlichen Amerikaner, der aufs beeste versicherte, dass die Treulosigkeit seiner Frau, seinem besten Freunde auf und davon gegangen war, Erkrankung hervorgerufen habe. Das ihn benachrich Telegramm erschütterte ihn auf das furchtbarste, inder der Gedanke an die in seinem Hause ohne Aufrückgelassenen Kinder. Von dem dadurch verursacherlichen Schock konnte er sich nicht mehr erholen, t unmittelbar darauf stellte sich Durst und Polyurie Ein weiterer interessanter Fall betraf einen 54-jähräftigen Herrn, der sich nicht erinnerte, je krank gezu sein. Derselbe wurde in der Nacht, als er spät nach kam. von seinem eigenen Hund, einer riesigen Bullangefallen, die ihm die Hand zerfleischte. Zu der durch icke des Hundes verursachten hochgradigen Aufreesellte sich die Angst, dass das bisher ihm treu erTier plötzlich tollwütig geworden sei, was sich glückise nicht bewahrheitete.

unter solchen Umständen auch bei zucker1 Diabetikern wieder grössere Zuckermengen im scheinen, ist leicht erklärlich.

jähriger Knabe, bei dem nach einer 14-tägigen Kur betragende Zuckerausscheidung verschwunden war, on einem Hunde angefallen und verfolgt, wodurch ie Patient, der dabei zur Erde fiel, in solchen Schreck ass er, an allen Gliedern zitternd, kaum den Weg use zurücklegen konnte. Die am nächsten Tage an-Harnanalyse ergab wieder 3% Zucker. — Ein 13-jähiabe, der gleichfalls seit einiger Zeit frei von Zucker war, verirrte sich bei Gelegenheit eines Spazierganges im Walde und geriet in der Angst, vor einbrechender Dunkelheit den Rückweg nicht finden zu können, in grosse Aufregung. Der am folgenden Tage von mir untersuchte Harn enthielt wieder über 1% Zucker. — Ein Offizier, den ich mehrere Jahre lang an einer leichten Form des Diabetes behandelt hatte, nahm eines Tages auf dem Exerzierplatz mit seiner Mannschaft Schiessübungen vor. Als er bei dieser Gelegenheit einen der Leute abwechselnd auf sein rechtes und linkes Auge visieren liess, kam ihm plötzlich die Idee, dass der Soldat scharf geladen haben und ihm eine Kugel durch den Kopf jagen könne. Der Schreck hierüber fuhr ihm derart in die Glieder, dass er sich ganz unwohl fühlte und matt und angegriffen nach Hause kam. Die sofort durch einen Chemiker vorgenommene Harnuntersuchung, die noch am Tage zuvor negativ ausgefallen war, stellte wieder eine beträchtliche Zuckermenge fest.

Auch übermässige geistige Anstrengung scheint Veranlassung zur Zuckerruhr geben zu können, wofür 14 Fälle meiner Beobachtung sprechen, in denen der Beginn der Krankheit von den Patienten ausdrücklich auf Tag und Nacht fortgesetzte geistige Ueberanstrengung zurückgeführt wurde.

Von mechanischen Insulten, die den Kopf oder Rücken trafen, habe ich ebenfalls eine Anzahl von Fällen verzeichnet.

In einem Falle gelangte der Diabetes bei einem Kaufmann zum Ausbruch durch Sturz von der Leiter und Aufschlagen des Kopfes und Rückens auf den Ladentisch, in drei Fällen durch Hinabstürzen von der Treppe, in einem durch Fall auf dem Eis, in einem andern durch Herabfallen von einer Mauer, in zwei weiteren Fällen durch Sturz aus dem Wagen, in ebensovielen durch Sturz mit dem Pferd, durch Schläge auf den Kopf in drei Fällen, durch den Fall eines Kronleuchters auf den Kopf in einem Falle. In allen diesen Fällen war mit der Einwirkung der äusseren Gewalt Bewusstlosigkeit oder Unbesinnlichkeit, Uebelkeit, Erbrechen, kurz die Zeichen einer Commotio cerebri verbunden.

Schwierig ist es, bei dem häufigen Vorkommen der Syphilis dieselbe in denjenigen Fällen, in denen sie mit Diabetes kompliziert ist, für denselben verantwortlich zu machen. Jedoch glaube ich zwei meiner Fälle „ex juvantibus" als Diabetes luetischen Ursprungs ansprechen zu können; der eine derselben hatte folgenden Verlauf:

Frau K—i, 40 Jahre alt, wurde wegen Leberanschwellung und Ikterus nach Neuenahr geschickt. Die Glykosurie wurde erst durch mich bei der ersten Harnanalyse entdeckt. Die Anamnese ergab, dass Patientin schon in ihrer Jugend skrofulös und von zarter Konstitution, im übrigen aber gesund gewesen war. Seit ihrer Verheiratung jedoch, die vor 13 Jahren stattgefunden hatte, will sie fortwährend krank gewesen sein. Sie hat viermal abortiert, zwei Kinder sind noch am Leben, aber skrofulös und schwächlich. Sie selbst hat verschiedene Male an Hautausschlägen gelitten. In den letzten Jahren sollen epileptische Krämpfe und gichtische Schmerzen im Kopf, Arm und Beinen eingetreten sein. Seit 1½ Jahren leidet sie an Stockschnupfen, wegen dessen sie sich vor ca. 3 Monaten in die Behandlung eines Spezialisten in einer benachbarten Universitätsstadt begeben hatte. Dort seien, abgesehen von einer Lokalbehandlung, Einspritzungen in die Haut (vermutlich Quecksilberinjektionen) gemacht worden. Der Schnupfen habe sich dort wesentlich gebessert. Ikterus sei seit vier Wochen aufgetreten. Die Kranke ist von schwächlichem Körperbau, das Körpergewicht beträgt 54½ Kilo. Die Haut ist schwach gelblich gefärbt, am Hals und Nacken sind Narben von vereiterten Lymphdrüsen sichtbar. An der rechten Ulna befindet sich eine mässig grosse Exostose, beträchtlich umfangreichere derartige Wucherungen an der linken Tibia und Patella, die das Gehen erschweren und sich im Laufe der letzten Jahre entwickelt haben sollen. Die Leber ist stark geschwollen, die übrigen Körperorgane sind anscheinend gesund. Der Urin enthält 1,1% Zucker bei annähernd normaler Harnmenge, kein Eiweiss. Gleich am zweiten Tage nach ihrer Ankunft trat ein Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit ein. Ich kam erst ½ Stunde nach Ablauf desselben hinzu und konnte nur noch grosse Apathie und Mattigkeit feststellen. Ich verordnete nun Jodkali, das die Patientin während ihres vierwöchigen Aufenthalts hierselbst neben Trink- und Badekur unausgesetzt gebrauchte und das auch später zu Hause noch längere Zeit genommen wurde. Krampfanfälle sind seit jener Zeit nicht wiedergekehrt, die vermeintlichen gichtischen Schmerzen wurden allmählich geringer, ebenso der Ikterus. Letzterer

war nach vier Wochen gänzlich verschwunden. in dem Verhalten der Leber jedoch keine wesentliche Veränderung nachweisbar. Die Glykosurie nahm allmählich ab, und bei Beendigung der Kur war Patientin zuckerfrei. Am günstigsten wurde durch die Kur das Allgemeinbefinden und der Kräftezustand beeinflusst. Patientin erklärte, dass sie sich wie neugeboren fühle, wurde heiter und lebensfroh und nahm um 6 Kilo zu. Nachdem sie im Herbst nochmals vier Wochen in Behandlung des Spezialisten gewesen war, um die letzten Reste des Nasenkatarrhs zu beseitigen. kam sie zwei Jahre später wiederum nach Bad Neuenahr, weil die Leber noch immer, wenn auch in geringem Grade geschwollen war. Sie machte den Eindruck einer Frau von blühender Gesundheit und hatte innerhalb zweier Jahre um 11½ Kilo zugenommen. Zucker ist bei gewöhnlicher Kost nie mehr nachzuweisen gewesen.

In 16 Fällen waren die Zeichen der Tabes dors. mehr oder weniger deutlich ausgeprägt vorhanden, doch konnte nicht mit Sicherheit erwiesen werden, ob die Zuckerharnruhr als Folge oder zufällige Komplikation des Leidens zu betrachten war.

Pankreaserkrankungen. — Akute und Infektionskrankheiten. — Erkältungen.

Bekannt ist die Rolle, welche das Pankreas bei der Zuckerruhr spielt. Obgleich es nur selten gelingen wird, mit Sicherheit eine Erkrankung dieses Organs beim Lebenden als Ursache des Diabetes festzustellen, so war es doch bei 3 Diabetikern möglich, mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Pankreaserkrankung zu diagnostizieren.

Ein Fall, den ich bereits (München. med. Wochenschr., Nr. 16, 1902) ausführlich veröffentlicht habe betraf einen 60-jährigen Herrn, bei dem sich nach einem heftigen Sturz auf die Wirbelsäule Zeichen eines Pankreasleidens gezeigt hatten, infolgedessen eine Operation nötig wurde. Man stellte eine Pankreaszyste fest, die durch die Operation völlig zur Heilung gelangte. Zucker wurde niemals gefunden, wohl aber war einige Zeit nach der Operation vorübergehend Polyurie beobachtet worden. Nach etwa acht Jahren stellte sich dann Durst, Müdigkeit u. s. w ein, infolgedessen der Urin untersucht, zuckerhaltig befunden und der Kranke nach Neuenahr geschickt wurde. Die Glykosurie konnte hier wohl vermindert, aber nicht zum Verschwinden gebracht werden. — Ein zweiter Fall betraf einen 46-jährigen Diabetiker, der seit einiger Zeit von periodisch wiederkehrenden Kolikanfällen im linken Hypochondrium heimgesucht wurde. Ich machte nun die Beobachtung, dass unmittelbar nach diesen Anfällen, die in Neuenahr zweimal auftraten, und noch einige Tage später die Glykosurie nicht unbeträchtlich stieg, nach dem zweiten Anfall z. B. von Spuren auf 1%. Dieser Umstand lenkte meine Aufmerksamkeit auf das Pankreas und veranlasste mich, die Exkremente des Patienten genauer untersuchen zu lassen. Dieselben waren von aashaftem Geruch und enthielten ungewöhnlich viel Fett und unverdaute Fleischfasern, als Zeichen einer unzweifelhaften Funktionsstörung des Pankreas. — In einem dritten Fall handelte es sich um einen 33-jährigen Landwirt, der wegen eines chronischen Magenkatarrhs die Kur hierselbst gebrauchen sollte. Im Krankenbericht des Arztes, der mir diesen vorher zuschickte, hiess es:

«Die heute vorgenommene Harnuntersuchung auf Zucker und Eiweiss fiel negativ aus.» An demselben Tage, am Abend vor der beabsichtigten Abreise nach Neuenahr, hatte Patient das Unglück, in einem Neubau ca. 4 m. hoch abzustürzen und sich eine sehr schmerzhafte Quetschung in der Gegend der unteren Wirbelsäule zuzuziehen. Da der Urin in der Nacht eine auffallend dunkle Färbung gehabt haben soll, nahm der Arzt am folgenden Morgen eine nochmalige Harnuntersuchung vor und fand 0,03‰ Eiweiss (Esbach). Leider wurde versäumt, auch auf Zucker zu untersuchen. Acht Tage später kam der Kranke in meine Behandlung, der Harn enthielt noch Spuren von Eiweiss, daneben aber auch 0,9% Zucker bei normaler Harnmenge. Nach vier Wochen war und blieb die Albuminurie vollständig verschwunden, die Glykosurie konnte aber nicht unter 0,4% heruntergebracht werden. Den Zucker war Patient auch nach zwei Jahren noch nicht losgeworden, als er sich zum zweitenmal bei mir vorstellte. Das Krankheitsbild hatte sich insofern verändert, als seit einem halben Jahre Kolikanfälle aufgetreten waren, die der Hausarzt für Gallensteinkoliken hielt. Die Untersuchung der Leber ergab normale Verhältnisse, dagegen wurden bei mässig starkem Druck ins Epigastrium, ein wenig nach dem linken Rippenbogen hin, heftige Schmerzen ausgelöst. Der Stuhlgang war normal, enthielt weder unverdautes Fett noch Fleischfasern, der Zuckergehalt des Urins schwankte zwischen 0,5—1,2% bei annähernd normaler Harnmenge. Nach meinem Dafürhalten war in diesem Fall durch das Trauma nicht nur eine Verletzung der Nieren, sondern auch des Pankreas zustande gekommen; dafür sprechen auch die vermutlich vom Pankreas ausgehenden Koliken. Das Fehlen von Pankreas- stühlen ist kein Gegenbeweis, da selbst bei hochgradiger Affektion dieses Organs der Stuhlgang normal befunden werden kann.

Eine akute Erkrankung oder eine Exazerbation eines chronischen Prozesses im Pankreas bin ich geneigt, auch in denjenigen Fällen von Coma diabeticum anzunehmen. in denen die Kranken, solange sie noch besinnlich sind, über heftige Leibschmerzen klagen oder sich in unbesinnlichem Zustand hin- und herwerfen und stöhnend nach dem Unterleib greifen. Ich habe eine Anzahl solcher Fälle selbst beobachtet, in mehreren anderen wurde mir von auswärtigen Kollegen der unter diesen Erscheinungen erfolgte Tod früher von mir behandelter Diabetiker mitgeteilt, mit der Bemerkung, dass derselbe unter dem Bild einer akuten Peritonitis oder einer Perforation erfolgt sei.

Auch nach akuten und Infektionskrankheiten habe ich Diabetes beobachtet. So in einigen Fällen nach schwerem Unterleibstyphus, in zwei Fällen nach Malaria, desgleichen nach akutem Gelenkrheumatismus, in einer Anzahl von Fällen nach heftigen gastrischen Katarrhen. In mehreren Fällen der letzteren Art konnten mir die Kranken ganz genau den Tag und die Veranlassung ihrer Erkrankung angeben; sie wussten sich deutlich zu erinnern, dass von einem bestimmten Tage an, an dem sie diese oder jene schwer verdauliche Speise genossen, sich Appetitlosigkeit, Magendruck, Brechneigung eingestellt hatten, kurz, die Zeichen eines mit auffallendem Durst verbundenen Magenkatarrhs von dem sie sich trotz sorgfältigster Diät und Pflege nicht erholen konnten

Ein Fall scheint mir besonders erwähnenswert, der einen 43-jährigen Patienten, den bis dahin durchaus gesunden und kräftigen Hauptmann v. N. betraf. Derselbe hatte wegen eines hartnäckigen Bronchialkatarrhs die zu jener Zeit im Publikum sehr beliebten Guyot'schen Teerpillen gebraucht. Der Verlauf dieser Kur war nach seinen eigenen Aufzeichnungen folgender: «Von Anfang Februar bis zum 24. Februar nahm ich täglich vor Tisch 3 Teerpillen. Da sich Magendruck, heftiges Sodbrennen, Aufsteigen sauerer, brennender Flüssigkeit bis zum Ausspeien einstellte, nahm ich keine Pillen mehr, doch hielt dieser Zustand bis zum 6. März an. Während des Gebrauchs der Teerpillen stellte sich zunehmende Appetitlosigkeit und mehr und mehr unstillbarer Durst ein, ausserdem eine Menge kleiner Geschwüre; grosse Mattigkeit.» Der um Rat befragte Arzt erkannte sofort den Diabetes, verordnete eine entsprechende Diät und liess Neuenahr Sprudel trinken, infolgedessen die 24-stündige Harnmenge, die anfänglich 5 Liter betrug bei einem Prozentsatz von 11,5 Zucker (also 575 g Zucker pro die), innerhalb 6 Wochen auf 1⅓ Liter mit Spuren von Zucker heruntergIng. Letzterer verlor sich nach einer Kur in Neuenahr vollständig und kehrte erst nach Jahren, ebenfalls infolge eines neuen Magenkatarrhs, wieder.

Gleichfalls bemerkenswert ist auch folgender Fall wegen seiner unverkennbaren Abhängigkeit von gastrischen Störungen:

Ein ganz gesunder, im besten Mannesalter stehender Herr als Begleiter seiner die Kur gebrauchenden Frau in Marienbad anwesend, erkrankte dort plötzlich nach dem Genuss neuer Heringe an einem mit auffallendem Durst verbundenen Magenkatarrh. Der konsultierte Arzt konstatierte Zucker im Urin, der aber bald verschwand. Im Laufe des Winters bildete sich ein chronischer Magenkatarrh mit akuten Exazerbationen aus, die regelmässig mit einer, wenn auch nicht hohen, so doch bis zu 1% betragenden Glykosurie verbunden waren. Im folgenden Sommer kam Patient in meine Behandlung. Zucker war im Urin nicht zu finden. Bei dem Gebrauch der Trinkkur und einer gegen den Magenkatarrh gerichteten Diät, aus welcher Kartoffeln, Reis und sonstige Kohlehydrate durchaus nicht ausgeschlossen waren, verschwand der letzte Rest des Magenkatarrhs vollständig. Das Verhalten des Urins blieb dasselbe. Als im Laufe des Winters der Magenkatarrh rezidivierte, wurde wiederholt das Vorhandensein von Harnzucker festgestellt. Kurz vor der Ankunft des Patienten in Neuenahr soll derselbe noch 2% betragen haben,

während ich wiederum keine Spur entdecken konnte. Der Magenkatarrh besserte sich sehr rasch und war nach 4 Wochen vollständig verschwunden, als er auf einmal in ganz akuter Weise von neuem auftrat, merkwürdigerweise wieder hervorgerufen durch den Genuss neuer Heringe. Der Urin enthielt jetzt 2.8% Zucker! Nach wenigen Tagen war der Magenkatarrh geheilt und der Zucker verschwunden.

Ganz besonders häufig kamen seit dem epidemischen Auftreten der Influenza, also seit dem Beginn der 90-er Jahre, Fälle vor, in denen ein Grippeanfall als Ausgangspunkt der Zuckerruhr angegeben wurde, indem entweder während oder sofort nach der Krankheit Glykosurie nachgewiesen werden konnte. Verhältnissmässig oft bestand unter diesen Umständen Diabetes schwerer Art, oft kompliziert mit Lungenphthise, Herzfehlern u. s. w.

Wenn auch mit Erkältungen als Krankheitsursache vom Laienpublikum viel Missbrauch getrieben wird, so haben sich doch zuverlässige Beobachter für dieses ätiologische Moment ausgesprochen, und mir selbst sind einige Fälle vorgekommen, welche bei Ausschluss jeder anderen Krankheitsursache ganz entschieden auf Erkältung bezw. Durchnässung hinweisen.

Einer derselben betraf einen Gutsbesitzer. Jagdliebhaber, einen Mann von herkulischem Körperbau, der das Unglück hatte, bei der Rückkehr von einer anstrengenden Jagdpartie auf dem durch Regen schlüpfrigen Boden auszugleiten und das rechte Fussgelenk zu verstauchen. Nur nach ungeheurer Anstrengung gelang es ihm, triefend vor Regen, sein Wohnhaus zu erreichen. Er behauptete mit aller Bestimmtheit, dass von diesem Tage an eine grosse Müdigkeit, der sich bald unstillbarer Durst zugesellte, mit Abnahme der Körperkräfte eingetreten sei. Leider wurde an eine Harnuntersuchung erst nach einigen Wochen gedacht; dieselbe ergab 5% Zucker.

In seltenen Fällen sieht man beide Ehegatten nacheinander oder zur selben Zeit an der Zuckerruhr erkranken. Hieraus ziehen einige Beobachter den Schluss, dass die Krankheit durch andauernden intimen Verkehr, Küsse u. s. w. von einem Ehegatten auf den andern übertragen werden könne. Ich habe 18 derartige Fälle verzeichnet, darunter mehrere, in denen beide Ehegatten sich den Diabetes in hohem Alter zugezogen hatten. Man wird in letzteren Fällen die Erkrankung wohl kaum auf den oben angeführten Uebertragungsmodus zurückführen wollen.

Leichte und schwere Form. — Dauer der Krankheit.

Unter meinen 2400 Fällen befanden sich etwa Zweidrittel leichte bezw. solche, bei denen während der durchschnittlich vierwöchigen Kur bei Gestattung einer individuell abgemessenen Menge von Kohlehydraten der Zucker vollständig verschwand, und bei denen das Allgemeinbefinden und der Kräftezustand ein befriedigender war. Alle übrigen Fälle, in denen entweder nur bei längere Zeit durchgeführter ausschliesslicher Fleischkost Zuckerfreiheit erzielt wurde oder selbst bei dieser Diät der Zucker nicht zum Verschwinden gebracht werden konnte, oder in denen Komplikationen gefährlicher Art, wie Erkrankungen der Lunge, Herzkrankheiten, Nephritis, Gangrän u. s. w., bestanden und der Kräftezustand unbefriedigend war, rechne ich zu den schweren. — Innerhalb dieser beiden Formen giebt es die verschiedenartigsten Abstufungen. Es giebt Fälle der leichten Form, in denen ganz beträchtliche Quantitäten von Kohlehydraten assimiliert werden, andere, in denen die Ueberschreitung selbst einer verhältnismässig kleinen Dosis derartiger Nahrung Glykosurie veranlasst. Die leichten Fälle sind jedenfalls solche, in denen monate-, jahrelang bei gemischter Kost kein Zucker ausgeschieden wird, um dann plötzlich, meistens infolge fortgesetzter grober Exzesse in der Diät oder heftiger Gemütsbewegungen wieder aufzutreten. Aeltere Autoren, unter ihnen v. Frerichs, nannten derartige Fälle intermittierenden Diabetes, wozu auch zwei bereits früher angeführte Beispiele gerechnet werden können.

Ein dritter hierher gehöriger Fall, der schliesslich in die schwere Form überging, ist folgender:

Bei einer 31-jährigen Dame zeigte sich nach der Entwöhnung des ersten Kindes Durst und Polyurie. Bei der Harnuntersuchung wurde eine bedeutende Menge Zucker gefunden, durch eine zweckmässige Heilmethode jedoch vollständige Heilung erzielt, die mehrere Jahre anhielt. Sechs Jahre später, nach Entwöhnung des zweiten Kindes, stellte sich der Diabetes wieder ein mit einem Zuckergehalt von 7%. Seither konnte die Glykosurie nicht mehr beseitigt werden.

Im Laufe der Zeit pflegt die leichte Form in die schwere überzugehen, was sich besonders deutlich bei der Zuckerruhr der ärmeren Klassen zeigt, die aus pekuniären Rücksichten eine vorwiegende Fleischkost nicht lange durchführen können. Aber auch in den bemittelten Ständen, wo die Beschaffung einer geeigneten Diät keine Schwierigkeiten macht, lässt allmählich die Toleranz für Amylazeen nach. Wie oft habe ich es erlebt, dass bei solchen Kranken, die in den ersten Jahren ihres hiesigen Kurgebrauchs den Zucker prompt verloren hatten, dies von Jahr zu Jahr weniger rasch gelang, bis endlich der Zeitpunkt eintrat, wo selbst bei ausschliesslicher Fleischkost der Glykosurie nicht mehr Einhalt getan werden konnte, mit einem Wort, der leichte Fall sich in einen schweren verwandelt hatte. Andrerseits giebt es auch Fälle, in denen die leichte Form jahrelang und bis zum Lebensende fortbesteht. So kenne ich eine, allerdings beschränkte, Anzahl von Diabetikern, die seit 10 Jahren und darüber regelmässig Neuenahr im Frühjahr besuchen, durch den Kurgebrauch die Zuckerausscheidung, die sich im Laufe des Winters wieder einzustellen pflegt, gänzlich oder bis auf Spuren verlieren und deren Allgemeinbefinden und Kräftezustand beim Verlassen unseres Badeorts ein vorzüglicher ist. Zwei derartige Fälle von ganz besonders langer Dauer der Krankheit will ich ihrer Seltenheit wegen an dieser Stelle mitteilen:

Der eine betraf einen 72-jährigen Herrn, den ich vor 7 Jahren behandelte. Bei demselben war bereits vor 20 Jahren Glykosurie nachgewiesen worden; wie er mir aber versicherte, war er in Anbetracht gewisser unverkennbarer Diabetessymptome schon mindestens fünf Jahre früher zuckerkrank gewesen. Er beobachtete keine besondere Diät, schränkte sich nur im Genuss von Süssigkeiten ein. Infolgedessen enthielt der Urin fast immer mässige Mengen Zucker, die aber selten 2% überstiegen. War dies der Fall, was etwa alle drei bis vier Jahre geschah, so besuchte er von Amerika aus mit Erfolg Karlsbad oder Neuenahr. Sein Allgemeinbefinden liess nichts zu wünschen übrig. — Nach nachweislich 23-jähriger Dauer der Krankheit starb vor 2 Jahren eine 81-jährige Dame, die bereits in den Jahren 1886 und 1887 und noch später einige Male in meiner Behandlung gewesen ist. Sie rüstete sich gerade zu einer Badekur in Neuenahr, als sie an Influenza erkrankte, der sie in wenigen Tagen erlag. Zwei ihrer Söhne sind gleichfalls Diabetiker.

(Fortsetzung folgt).

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 30. Oktober 1907.

Vorsitzender: Blessig. Protokollführender: O. Moritz.

1. Prof. Petersen: 1) Demonstration einer Pat. mit Sklerodermie.
2. Ueber die diagnostischen Tuberkulinimpfungen nach Pirquet.
(Der Vortrag erscheint in der St. Petersb. med. Woch.).

Diskussion.

Hörschelmann berichtet über das Vorkommen von Tuberkelbazillen in der Plazenta (nach Schlossmann), wonach die Existenz einer sog. germinativen Tuberkulose zuzugeben sei. Es sind Fälle bekannt, bei denen die Säuglinge sofort nach der Geburt von der kranken Mutter getrennt und in ganz tuberkulosefreie Umgebung versetzt wurden und trotzdem an Tuberkulose erkrankten.

Ucke: Weist, anschliessend an die Sektionsresultate von Naegeli u. a. darauf hin dass die Tuberkulose an Häufigkeit mit dem vorschreitenden Alter zunimmt. Die Lehre von der angeborenen Tuberkulose sei entschieden abzulehnen. Es müssten übrigens nicht nur Hospitalspatienten sondern vor Allem auch ganz gesunde Leute der besseren Stände in grösserem Massstabe geimpft werden, damit man über die Verbreitung der Tuberkulose ein richtiges Urteil bekäme.

Masing: Bei Gelegenheit der Choleraepidemie in Hamburg 1892 wurden dort umfangreiche und genaue Sektionen aller Leichen vorgenommen und es fanden sich über 50% Tuberkulöse. Eine österreichische (bosnische) Statistik giebt über 80% an. Was die Erblichkeit betrifft, so sind einige seltene Fälle germinativer Tuberkulose festgestellt.

Arronet: Die Statistik des grossen dänischen Greisenheims giebt bei 45% aller Leichen tuberkulöse Herde an. Das Greisenheim fasst gegen 3000 Personen und die Leichen werden statutenmässig alle seziert.

Blessig fragt, ob ein therapeutischer Wert der Impfungen denkbar sei und ob in dieser Richtung schon Versuche und Vorschläge vorlägen.

Petersen: Verneint diese Frage, obschon Kreibich von der Möglichkeit eines therapeutischen Nutzens gesprochen habe. Schon vor mehreren Jahren hat übrigens der hiesige Apotheker Kressling eine Tuberkulinsalbe hergestellt welche eine ähnliche lokale Reaktion hervorrief, wie d. Pirquet'schen Impfungen. Diagnostisch wichtig wird die Reaktion bei der grossen Verbreitung der Tuberkulose, eben nur dann, wenn sie negativ ausfällt.

Was die angeborene Tuberkulose betrifft, so hat Kubanow in der Plazenta keine Bazillen gefunden. Ihr Vorkommen würde übrigens noch durchaus nicht beweisen, dass sie von d. Plazenta auch auf den Foetus übergehe. Was die von Hörschelmann erwähnte Entfernung der Kinder von der kranken Mutter betrifft, so dürfte es schwer einen Ort geben, der sicher als tuberkulosefrei bezeichnet werden darf — wenn es nicht gerade das Hochgebirge ist. Merkwürdig sei es übrigens, dass über die Inkubation der Tuberkulose nur wenig bekannt sei. Prof. Jadassohn hat bei einer Tätowirten die Inkubation einer Hauttuberkulose auf 6--8 Wochen festgestellt.

2. Weber spricht über die Aetiologie der Coxa vara. (Der Vortrag erscheint in der St. Petersb. med. Woch.). Mit Demonstration einer Patientin.

Diskussion.

Fick: Es scheint aus den überzeugenden Ausführungen des Vortragenden hervorzugehn, dass der Belastung in der Aetiologie der Coxa vara nicht die grosse Bedeutung zukommt, die ihr in der Literatur noch immer beigelegt wird. Ohne eine gewisse krankhafte Disposition kommt man dabei eben nicht aus. Aehnlich verhält es sich wohl auch bei dem Genu valgum und dem Pes planus.

Berufsschädlichkeiten mögen dabei oft auch eine Rolle spielen, so erklärt sich F. z. B. die Entstehung einer Schenkelhalsfraktur bei einem schwächlichen Pharmazeuten nach einem leichten Fall.

Die Osteomyelitis, die ja zuweilen spontan ausheilt, bildet zweifellos gleichfalls gelegentlich die Ursache einer späteren Coxa vara.

Weber: Auch im Hoffa'schen Lehrbuch spielt die «Belastung» immer eine sehr grosse Rolle. Ebenso in der übrigen orthopädischen Literatur.

Was die Osteomyelitis betrifft, so sind die akuten und mit Eiterung einhergehenden die häufigeren. Doch kommt auch ein chronischer Verlauf vor, so dass sogar Sarkome vorgetäuscht werden können.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 7. Mai 1907.

1. Petersen demonstriert mehrere Lupuskranke, die seit dem November vorigen Jahres mit einem im hiesigen Institut für Experimentalmedizin von Dr. Neporoshny hergestellten Tuberkuloseserum behandelt worden sind. Bei allen macht sich eine langsame aber stetig fortschreitende Besserung bemerkbar.

Diskussion.

Kernig: Dasselbe Serum hat Dr. Schapschal im Obuchowhospital an Phthisikern erprobt. Seine Resultate sind ermunternd. Im Gegensatz zum Tuberkulin ist das Serum auch bei vorgeschritteneren Fällen anwendbar, was gleichfalls ein wesentlicher Vorzug vor dem Tuberkulin ist.

Wladimiroff: Die lokalen Erscheinungen, die man nach Tuberkulininjektionen bei Lupus beobachtet, fehlen nach den Seruminjektionen, auch kommt es nicht zu einem Zerfall der Lupusknoten, das Serum ist nicht antitoxisch, auch nicht bakterizid. Das Serum bewirkt aber eine allgemeine Mononucleose, aber keine gewöhnliche, sondern eine spezifische, nämlich eine solche, bei der die mononucleären Leukozyten nicht nur die Tuberkelbazillen in sich aufnehmen, sondern auch im Stande sind sie zu zerstören. Die ersten Versuche am Menschen sind vor einem Jahre begonnen worden; die Resultate sind ermunternd. Jedenfalls steht fest, dass das Serum unschädlich ist und dass es wirksam ist. ob es wirklich heilen wird, ist wegen der Kürze der Beobachtungszeit nicht zu entscheiden. Temperatursteigerungen nach den Seruminjektionen kommen vor, aber nicht wie beim Tuberkulin bald nach der Injektion, sondern erst nach mehreren Tagen, offenbar erst dann wenn die Phagolyse der mit Tuberkelbazillen beladenen Leukozyten stattfindet.

2. Ucke: Ueber Spirochätenbefunde im Gewebe.

3. Wladimiroff demonstriert die Negrischen Körperchen, die von der Mehrzahl der Autoren für die Parasiten der Lyssa angesehen werden, jedenfalls bei der anatomischen Diagnose der Lyssa ausschlaggebend sind.

4. Ucke: Ueber einen Befund von Diphtheriebazillen im Blute und Abszesseiter.

Diskussion.

Fick berichtet kurz über den klinischen Verlauf des von Ucke untersuchten Falles. Es handelte sich um eine schwere fieberhafte Allgemeininfektion, die vergeblich mit Streptokokken- und Diphtherieserum behandelt wurde und erst nach der Spaltung eines Abszesses in der Glutealgegend rasch eine Wendung zur Besserung nahm.

Direktor: Dr. W. Kernig.
Stellvertr. Sekretär: Dr. Wold. Fick.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Sein 50-jähriges Dozentenjubiläum beging vor kurzem der Prof. der Physiologie und Direktor des physiologischen Instituts der Universität Bonn, Geheimer Medizinalrat Dr. med. et phil. Eduard Pflüger. Der Jubilar erreicht im Juni d. J. sein 79. Lebensjahr; die Doktorwürde erlangte er i. J. 1857.

— Auf 25 Jahre im Dienst des Rigaschen Stadtkrankenhauses konnten am 22. März der dirigierende Arzt der I. chirurgischen Abteilung des genannten Krankenhauses, Dr. Adolf v. Bergmann, und der dirigierende Arzt der I. therapeutischen Abteilung, Dr. Johann Krannhals, zurückblicken.

— In diesen Tagen vollendeten sich 25 Jahre, seit Dr. J. A. Dmitrijew als Chef des Sanitäts-Bureaus der Petersburger Gouvernements-Landschaft und Sekretär des Sanitätskomitees dieser Landschaft seinen Dienst begann. Die Landschaft verdankt dem Jubilar, der gegenwärtig im Alter von 57 Jahren steht, viele wichtige Reformen im Sanitätswesen.

— Der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des Kiewschen Militärbezirks, wirkl. Staatsrat Dr. Wl. Lobanow, ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des Odessaschen Militärbezirks, wirkl. Staatsrat Dr. F. Janicki, ist in derselben Eigenschaft in den Kiewschen Militärbezirk übergeführt worden.

— Zum Chefarzt am St. Petersburger Marinehospital ist, an Stelle des verstorbenen Dr. Rambach, der bisherige Gehülfe des Chefarztes, Ehrenleibmedikus wirkl. Staatsrat Dr. Sujew, ernannt worden. Die Funktionen des Gehülfen sind dem Prosektor und älteren Ordinator, Staatsrat Faddejew, übertragen worden.

— Der ordentliche Professor der Augenheilkunde an der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. Belljarminow, ist, der Wahl der Konferenz der Akademie gemäss, in der Würde eines Akademikers bestätigt worden.

— Für ihre Mühwaltung während des russisch-japanischen Krieges sind nachstehenden Aerzten im Ressort des Russischen Roten Kreuzes Orden verliehen worden: dem früheren Arzt des Lazaretts der Iberischen Gesellschaft barmherziger Schwestern, ausseretatm. Ordinator am St. Petersb. Peter-Paul-Hospital Dr. Wilh. Bruhns — der St. Sta-

nislausorden II. Klasse und dem Bevollmächtigten und Chefarzt des finnischen Lazaretts, Dr. med. et chirurg. Alexander Lönquist — der St. Stanislausorden III. Klasse.

— Der Privatdozent für innere Medizin an der Berliner Universität Dr. Albert Albu, der durch seine zahlreichen Untersuchungen über die Wirkung des Sports, über die vegetarische Diät, sowie über die Physiologie und Pathologie des Mineralstoffwechsels bekannt geworden ist, wurde neuerdings zum Professor ernannt.

— Der bekannte Berliner Kliniker Prof. Dr. Kraus, Direktor der II. medizinischen Klinik in der Charité, hat das Unglück gehabt, nach Schluss der letzten Sitzung des Vereines für innere Medizin auf der Treppe auszugleiten und einige Stufen hinunterzustürzen, wobei er sich den linken Oberarm gebrochen hat.

Nekrologe.

Verstorben sind: 1) Am 19. März in St. Petersburg der wirkliche Staatsrat Dr. Johann Höppener im 71. Lebensjahre an Gehirnapoplexie. Zu Schloss Leal in Estland am 22. September 1837 geboren, erhielt er seine Schulbildung in einer Privatschule und im Gymnasium zu Reval, worauf er sich von 1857—1862 dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität widmete. Nach Erlangung der Doktorwürde daselbst i. J. 1833 setzte H. von 1863—1835 seine Studien in Prag, Wien, Paris, London und Berlin fort und liess sich dann als praktischer Arzt in St. Petersburg nieder, wo er bis zum Dezember 1896 zugleich als Ordinator am Marien-Magdalenen-Hospital fungierte und von 1878—1904 auch Direktor des Andreas-Kinderasyls war. In den letzten Jahren gehörte er dem Konseil der Kinderasyle des Ressorts der Anstalten der Kaiserin Maria an. Schlicht, wie die ganze Art seiner Persönlichkeit, war auch der Lebensgang des Dahingeschiedenen: neben seiner dienstlichen Tätigkeit bewältigte er eine, namentlich in früheren Jahren, recht ausgebreitete Praxis in Familien, deren Vertrauen und Liebe er in hohem Masse genoss. 2) Am 24. März in St. Petersburg der Ordinator am hiesigen städtischen Obuchowhospital, Dr. Leo Furcht, im Alter von 55 Jahren plötzlich in einem Anfalle von Angina pectoris. Der Hingeschiedene wurde am 16. Dezember 1852 in Welikije Luki (Gouv. Pleskau), wo sein Vater Stadtarzt war, geboren und, da es in seiner kleinen Geburtsstadt keine deutsche Schule gab, schon als Knabe zur Erziehung nach Dorpat geschickt, wo er das Gymnasium absolvierte und hierauf die Universität bezog, an welcher er von 1873—1880 Medizin studierte. Während seiner Studienjahre an der alten Dorpater Universität nahm er an dem korporellen Leben als Mitglied der Landsmannschaft «Estonia» regen Anteil und genoss wegen seiner kameradschaftlichen Gesinnung und seines flotten burschikosen Wesens eine allgemeine Beliebtheit. Nach Absolvierung des Arztexamens begann er i. J. 1881 seine ärztliche Tätigkeit als Assistent an dem weiblichen Obuchowhospital, wurde dann ausseretatmässiger Ordinator an demselben und fungierte in den letzten 10 Jahren zugleich als etatmässiger Arzt an der Ambulanz dieses Hospitals. Seit 1898 zeichnete er, ohne an der redaktionellen Tagesarbeit teilzunehmen, auch als verantwortlicher Redakteur des «St. Petersburger Herold» und war zugleich Verwaltungsmitglied der «St. Petersb. Typographie-Aktiengesellschaft», in deren Verlage der «Herold» erscheint. Dr. Furcht erfreute sich in allen seinen Lebensstellungen allgemeiner Achtung und Liebe, vor allem aber an der Stätte seiner längsten, fast 26-jährigen Wirksamkeit, dem Obuchowhospital, bei seinen Kollegen und dem Pflegepersonal, den barmherzigen Schwestern und Krankenwärterinnen. Der Verstorbene war überhaupt eine liebenswürdige, gesellige Natur und ein Freund des Sportwesens, namentlich des Schiess- und Kegelsports. Er hatte daher auch in diesen Kreisen viele persönliche Freunde, die ihm ein treues Andenken bewahren werden. Leider setzte die chronische Nierenkrankheit (Morbus Brightii), an der er seit Jahren litt, seiner sportlichen Betätigung Schranken; dazu kam noch, dass sich in letzter Zeit immer häufiger stenokardische Anfälle hinzugesellten. Ein solcher heftig auftretender Anfall hat nun auch am vorigen Montag seinem Leben vorzeitig ein Ziel gesetzt. 3) Am 24. Febr. in Wladimir der Nestor der dortigen Aerzte Dr. Demetrius Winogradow, im 87. Lebensjahre an der Influenza, welche sich mit einer fibrinösen Pneumonie komplizierte. Der Verstorbene, welcher seine ganze Dienstzeit als Militärarzt im Kaukasus verbracht hat und im vorigen Jahre bereits sein 60-jähriges Arztjubiläum begehen konnte, hatte sich bis in die letzten Tage trotz seines hohen Alters einer seltenen geistigen Frische erfreut. 4) Am 14. März in Tübingen der Professor der physiologischen Chemie und Leiter des physikalisch-chemischen Instituts der dortigen Universität, Dr. G. v. Hüfner, im nahezu vollendeten 68. Lebensjahre. Die Doktorwürde hatte er i. J. 1866 erlangt.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Zum Kurator des Odessaer Lehrbezirks ist, wie aus Odessa gemeldet wird, der Professor der therapeutischen Hospitalklinik an der dortigen Universität Dr. Alexander Schtscherbakow, der vor nicht langer Zeit aus Warschau dorthin übergeführt wurde, in Aussicht genommen.

— Zum Professor der pathologischen Anatomie an der Universität Tomsk ist der Privatdozent der mil.-med. Akademie und Prosektor des St. Petersb. weiblichen medizinischen Instituts, Staatsrat Dr. M. Pokrowski, ernannt worden.

— In dieses Jahr fällt das 25-jährige Jubiläum des Bestehens des von Dr. Knie, einem ehemaligen Jünger der Dorpater Universität, gemeinschaftlich mit Dr. Löwenstein gegründeten bekannten chirurgischen Instituts «Knie» in Moskau, das nach dem Tode des Dr. Knie in den Besitz des Chirurgen Dr. P. Modlinski überging. Das von Dr. Modlinski seit 16 Jahren zielbewusst geleitete Institut ist mit der Zeit erheblich vergrössert worden und dient in den letzten Jahren durch die an demselben eingerichteten praktischen Kurse für Aerzte auch zur Ausbildung von Chirurgen.

— Die Eröffnung der neuen Universität in Saratow ist nicht so bald zu erwarten, da der Minister der Volksaufklärung einer Deputation der Stadt Saratow, die um die schleunige Eröffnung einer medizinischen Fakultät in Saratow bat, erklärte, dass er hierzu im Prinzip bereit sei, dass jedoch der Mangel an Lehrkräften und den notwendigen wissenschaftlichen Instituten und Lehrmitteln ein unüberwindliches Hindernis bilde.

— Die Fabrikation von gefälschten Maturitätszeugnissen soll nach der Meldung einer Kiewer Zeitung besonders in Kiew floriert haben und die Mehrzahl derselben auf der Dorpater Universität zur Verwendung gelangt sein. Die Zahl der in Kiew angefertigten Zeugnisse, welche mit 600—700 Rbl. pro Stück bezahlt worden seien, soll 13 (?) betragen haben.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Einen internationalen Laryngo-Rhinologischen Kongress, verbunden mit einer Fachausstellung, veranstaltet die Laryngologische Gesellschaft in Wien vom 9./21.—13./25. April d. J. zum Andenken an die vor 50 Jahren in Wien von den österreichischen Aerzten Türck und Czermak erfolgte Gründung der ersten Klinik zur Behandlung von Kehlkopf- und Nasenkrankheiten. Vorsitzender des Organisationskomitees ist Prof. Dr. M. Grossmann und Sekretär Prof. D. O. Chiari. Die Mitgliedsbeiträge (25 Kronen = 10 Rbl.) sind an den Rentmeister des Kongresses Dr. Gottfried Schef (Wien I, Hoher Markt 4) oder an die Delegierten der einzelnen Laryngo-Rhinologischen Gesellschaften (in St. Petersburg — Dr. Shirmunski) einzusenden. Es sind bereits ausser 6 Referaten 79 Vorträge angemeldet worden. Die Mitgliederliste weist 332 Teilnehmer auf.

Bf.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 1. April 1908.

Tagesordnung: 1) Germann: Zur Myopiefrage und über die Brillenkorrektion Kurzsichtiger.
2) Hein: Ueber das Chorionepitheliom (m. Demonstr. v. Präparaten).

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 7. April 1908.

 **ANNONCEN JEDER ART** werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in **St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14**, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen. 



Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup

„CALIFIG"

(Name gesetzlich geschützt)

wird von den Herren Aerzten als zuverlässiges, angenehmes, leicht und sicher wirkendes Abführmittel empfohlen, welches dank seinem angenehmen Geschmack besonders für die Frauen- und Kinderpraxis geeignet ist. Hat keine schädlichen Nebenwirkungen. Die Gebrauchsart ist bei jeder Flasche angegeben.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herren Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau . . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.

Neuheit für Aerzte.

Chronograph Taschenuhr - **Sphygmometer** Praktischer, exakter und zeitsparender

= PULSMESSER =

erhältlich bei Friedrich Winter.
Uhrenmagazin — Nevsky 78.

POCKENIMPFUNGSANSTALT

von Dr. **Al. Ochs**, exist. seit 1890, St. Petersburg, Suworowsky Prosp. I-a, Ecke der 2-ten Roshdestwenskaja. Gläschen Pocken-Detrits zu 25 Kop. und 50 Kop. Versand unentgeltlich bei Bestellungen nicht unter Rbl. 1.15. Kronsanstalten erhalten Kredit und Rabatt bis 20% bei grossen Bestellungen. Schutz-Pocken-Impfungen täglich (auss. d. Feiert.) von 10—2 Uhr, am Mittw. u. Sonnab. bis 4 U.



Hohenhonnef a. Rh.

Sanatorium für Lungenkranke.

Klimatisch und landschaftlich ausgezeichnete Lage im Siebengebirge, hoch über dem Rheintal, mitten im Walde. Vollkommenste Einrichtungen, behaglicher Komfort, Bewährtes Heilverfahren; Freiluftkuren, Luft- und Sonnenbäder. Methodische Ernährung. Physikalische Therapie: Bäder, Elektrizität, Röntgenstrahlen. Tuberkulinkuren. Sommer u. Winter geöffnet. Ausführliche Prospekte durch den leitenden Arzt.

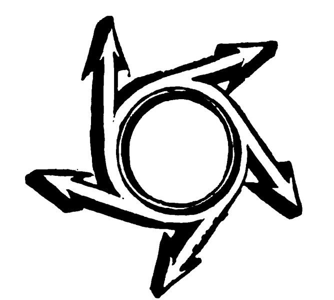
San.-Rat Dr. *Meissen.*

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

(3) 52—34.

Marke  **„Pfeilring".**

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

Dieser № liegt ein Prospekt über «**Santyl bei Gonorrhoe**» bei.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker**, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga**, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse** 16. (4) 0—37.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Temperatur des Seewassers 15—16° R. Kursaison **20. Mai** bis **20. August.** In der Kurbadeanstalt warme **Schlamm-, Moor-, Salz, Elektrische-, Kohlensaure** (Nauheimer) und andere Heilbäder, wirksam bei **Herz-** und **Nervenleiden**, Rheumatismus, Lähmungen, Skrofulose, Bleichsucht, Rhachitis. **Frauenleiden** und anderen Krankheiten. **Elektrisches Lichtbad, Luft- und Sonnenbäder. Hydrotherapeutische und orthopädische Abteilung. Massage.** Mineralwässer (natürliche und künstliche) sind am Orte zu haben. **Täglich Kurmusik. Keine Kurtaxe.** Nähere **Auskünfte** und Prospekte, auch Quartiervermittelung **gratis** durch die **Badekommission.** Adresse: Badekommission. Pernau. (46) 6—4.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Bade- und Kuranstalten Ragaz-Pfäfers

Kt. St. Gallen 521 m. ü. M. **Schweiz**

Thermalquellen 30° R. = 37½° C.

Ragaz, in herrlicher, **ausserordentlich geschützter Lage**, am Ausgang der **weltberühmten Taminaschlucht** in der fruchtbaren Rheinebene, eignet sich durch sein mildes und gesundes Klima ganz besonders als Aufenthalt für Rekonvaleszenten, sowie auch für Familien mit Kindern. Es ist auch eine der **günstigsten Uebergangsstationen** zu den Sommerfrischen und Kurorten des Hochgebirges und wegen seines **unvergleichlich schönen Vorsommers** mit seiner Blütenpracht in den Monaten **Mai und Juni** besonders bevorzugt. — Ragaz hat vorzügliche Bahnverbindungen, liegt es doch an der Hauptlinie nach dem Engadin (ENGADIN-EXPRESS), an der Linie WIEN-PARIS, BERLIN-ENGADIN etc.

Thermalbäder, seit 700 Jahren gebraucht gegen Gicht, rheumatische und nervöse Uebel, Nachwehen von Operationen, Knochenbrüchen, Luxationen und andere Bewegungsstörungen, Neurasthenie und Neuralgie (Ischias), chronische Verdauungsstörungen, Nieren- und Blasenleiden, Erschöpfungs- und Rekonvaleszenz-Zustände. — **Kurmittel**: 113 Kachelbäder, grosses Schwimmbad, **alle** mit **Tag** und Nacht **ununterbrochenem reichem** Zufluss der warmen Quellen: 35° C. — Elektro- und Hydro-Therapie, schwedische Heilgymnastik, Massage und andere mediko-mechanische **Spezialkuren.**

Dauer der Saison Mitte Mai bis Mitte Oktober.

Grand Hotel **HOF RAGAZ.**	Grand Hotel **QUELLENHOF.**

Mit allem modernen Comfort ausgestattet. Eisenbahnbureau im Hause. Auto-Garage. Grosse Park- und Gartenanlagen. Lawn-tennis und andere Erholungsspiele. **Kursaal** mit Konzert- und Lesesaal, Billard, Café etc. Täglich drei grosse Konzerte Tanzunterhaltungen. Terrasse (Säulenhalle) mit unvergleichlich schönem Blick auf das Gebirge, besonders auf den Falknis.

HOTEL BAD PFÆFERS

(Dauer der Saison 1. Juni bis Ende September)

am Eingang der weltberühmten Taminaschlucht, 3 Kilometer von Ragaz entfernt. Thermalbäder, Postbureau, Telegraph und Telephon im Hotel.

(58) 3—1. Die Bade- und Kurverwaltung.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 14 St. Petersburg, den 5. (18.) April. **1908.**

Die Neuenahrer Kur bei Diabetes mellitus.

Von

Sanitätsrat Dr. Teschemacher,

(Bad Neuenahr).

(Fortsetzung).

Symptome.

Von den bekannten Diabetessymptomen ist es gewöhnlich der übermässige Durst, der dem Kranken zuerst auffällt und der durch keinerlei Getränk in noch so grosser Menge gelöscht werden kann. Parallel mit dem Durst geht die Urinsekretion, die bis zu 10 Liter in 24 Stunden sich steigern kann. Besonders lästig ist unter diesen Umständen der Harndrang in der Nacht. Bei Kindern tritt infolgedessen häufig Bettnässen ein, ein Umstand, der in verschiedenen meiner Fälle zur Erkennung der Krankheit Veranlassung gegeben hat. Das spez. Gewicht ist dabei sehr hoch, 1,040 und darüber ist nichts aussergewöhnliches. Der Prozentsatz des Zuckers bewegt sich in weiten Grenzen. 8, 9, 10% bei der ersten Untersuchung sind keine Seltenheit, dem entsprechen auch die 24-stündigen Zuckermengen, die bis zu 500 g, selbst noch mehr betragen können. In dem oben angeführten Falle waren bei der ersten Untersuchung 11,5% konstatiert worden, was bei einer 24-stündigen Harnmenge von 5 Litern täglich 575 g ausmachte. Bei einer vor mehreren Jahren von mir behandelten Patientin konnten 12% nachgewiesen werden. Der höchste Prozentsatz, von dem ich je gehört habe, betrug 15, was mir vor mehreren Jahren von einem Kollegen mitgeteilt wurde, der dieses Resultat in einem Falle durch die Gärungsprobe ermittelt hatte.

In ganz seltenen Fällen wird statt Traubenzucker durch den Polarisator Lävulose im Harn nachgewiesen; dieses so seltene Vorkommen links drehenden Zuckers wurde von mir viermal beobachtet.

Bei einem 54-jährigen Patienten, der nachweislich seit acht Jahren Diabetiker war, wurde nach seiner Aussage schon vor 6 Jahren in einem Sanatorium vorübergehend Lävulosurie festgestellt. Vor zwei Jahren konnte ich ebenfalls gelegentlich zweier innerhalb einer Woche gemachter Untersuchungen 0,3 bezw. 0,5% links drehenden Zucker bei ihm konstatieren. — Der zweite Fall betraf einen 52-jährigen Diabetiker, den ich seit 6 Jahren alljährlich behandle, und dessen Urin ich regelmässig alle drei Monate untersuche. Derselbe schied vor zwei Jahren ebenfalls vorübergehend 0,7 bezw. 0,25% links drehenden Zucker aus. — Sodann fand ich diese Zuckerart in dem Harn eines 17-monatigen Knaben, dessen Vater, ein früher von mir behandelter Diabetiker, mir eine Urinprobe desselben zuschickte. Seither habe ich nichts mehr über das Ergehen des Kindes erfahren. — Der vierte im Sommer 1904 beobachtete Fall ist ganz besonders interessant. Fräulein v. N. leidet nach Angabe des Hausarztes seit mehreren Jahren an Glykosurie leichten Grades (Maximum 2%), ausserdem an periodisch auftretendem Magen-Darmkatarrh, der gewöhnlich mit Urtikaria verbunden ist. Auch bei ihrer Ankunft hierselbst konnten noch die Spuren einer soeben abgelaufenen Urtikaria bemerkt werden. Nach etwa 14 Tagen (Patientin war zuckerfrei) gestattete ich derselben täglich 100 g Apfelmus und war nicht wenig erstaunt, in dem einige Tage später untersuchten Harn 0,8% links drehenden Zucker vorzufinden. Noch zwei weitere Versuche, in denen auch Pflaumenmus genossen wurde, ergaben ein ähnliches Resultat; dabei trat jedesmal leichte Urtikaria auf. Ein Teil der letzten, links drehenden Zucker aufweisenden Harnprobe wurde auf meine Veranlassung durch einen hiesigen Chemiker auch der Gärungsprobe unterworfen. Derselbe gab mir darauf folgenden Bescheid: «Der Urin dreht 0,8 nach links, reduziert Fehling und enthält keine anderen, die polarimetrische Bestimmung beeinflussenden Körper. Einen Teil desselben habe ich

mit Hefe versetzt und gefunden, dass der nicht mit Hefe versetzte Urin noch 0,8 links dreht, dagegen der vergorene Urin weder optisch aktiv ist noch Fehling verändert. Es dürfte somit die Anwesenheit von Lävulose erwiesen sein.» — Ganz besonders interessant ist in diesem Falle das jedesmalige Auftreten von Lävulose nach Obstgenuss und gleichzeitige Urtikaria. Die Lävulose verschwand jedesmal sehr rasch nach Aenderung der Diät. Wurde nach sonstigen Diätfehlern, z. B. nach Genuss von süssem Backwerk, Zucker vorgefunden, so drehte derselbe stets nach rechts.

Die übrigen bekannten, in den meisten Lehrbüchern (die nebenbei bemerkt fast ausschliesslich nur das Krankheitsbild der schweren Form schildern) aufgezählten Symptome sind, abgesehen von der Polyurie, noch Heisshunger, Abmagerung, trockene Haut, Erlöschen der geschlechtlichen Funktionen u. s. w. Indessen ist bekanntlich bei weitem nicht in allen Fällen das Krankheitsbild in dieser Weise ausgeprägt, im Gegenteil können selbst in schweren Fällen diese Symptome, wenigstens zum Teil, auch fehlen. Dies gilt ganz besonders vom Verhalten des Harns. Wenngleich in der Regel die 24-stündige Harnmenge mit der des Zuckers Hand in Hand geht, so bleibt doch in manchen Fällen, hauptsächlich der leichten Form, die 24-stündige Harnmenge stets normal, sogar bei beträchtlichem Zuckergehalt findet man dieselbe nicht erhöht, in dem oben angeführten Fall von 12% z. B. blieb die Harnmenge sogar abnorm gering und schwankte zwischen 1000 und 1100 ccm. In einem anderen Falle betrug dieselbe noch weniger bei 1,8%. Bei einem siebenjährigen Knaben, der vor 4 Jahren in meine Behandlung kam, fand ich bei 800 ccm. 6,9%. Die Harnmenge stieg in den ersten acht Tagen des Kurgebrauchs auf 1700 ccm. an, um sodann bei abnehmendem Zucker auf 14—1500 ccm. zu fallen und auf dieser Höhe bis zum Schluss der Kur zu verharren [3]).

Andererseits giebt es auch Fälle, in denen trotz raschem und völligem Verschwinden des Zuckers eine ungewöhnlich starke Polyurie noch wochen- und selbst monatelang andauert. Hier ist eine häufige Kontrolle des Urins und nicht zu liberale Diät noch für längere Zeit nötig, da man anderenfalls die Glykosurie selbst bei unbedeutenden Diätfehlern nicht selten plötzlich in unliebsamer Weise wieder auftreten sehen wird.

Von diesen Fällen postglykosurischer Polyurie, wie Prof. Senator sie nennt, sind wohl zu unterscheiden solche, in denen sich aus dem Diab. mellitus ein Diab. insipidus entwickelt hat, ein sehr seltenes Vorkommnis, das dreimal von mir beobachtet wurde (s. Münch. med. Woch. 1907. Nr. 12). Der dritte interessanteste Fall ist folgender:

E, W., 17 Jahre alt, Stubenmaler. Patient hat laut Mitteilung seiner Eltern in den ersten Lebensjahren eine schwere, angeblich mit Gehirnentzündung verbundene Krankheit durchgemacht. Bald darauf stellte sich Durst, Polyurie mit Bettnässen und grosse Mattigkeit ein. Der zu Rate gezogene Arzt stellte Diabetes mellitus fest. Dieser dauerte ungefähr ein Jahr an und verschwand dann plötzlich im 4. Lebensjahre des Kindes. Die Polyurie bestand weiter fort und betrug, soweit Patient sich erinnern kann, nie weniger als 3 Liter, durchschnittlich jedoch 3½—4 Liter täglich. Nach dem Aufhören der Glykosurie hoben sich die Kräfte allmählich, doch ist Patient immer schwächlich gewesen und im Wachstum auffallend zurückgeblieben. Seine leichte Arbeit als Anstreicher hat er häufig unterbrechen müssen und höchstens 6 Stunden täglich arbeiten können. Der Urin wurde anfänglich alle 4 Wochen, später seltener — durschnittlich jedes halbe Jahr — mit negativem Erfolg auf Zucker untersucht, während die Polyurie, wie erwähnt, weiter fortbestand. Dieser Zustand dauerte 13 Jahre lang, bis sich plötzlich im Frühjahr 1904 verstärkter Durst und grosse Müdigkeit einstellten, so dass Patient die Arbeit gänzlich aufgeben musste. Der jetzt untersuchte Urin zeigte deutliche Zuckerreaktion, ein Befund, welcher zufolge der alle vier Wochen vorgenommenen Harnuntersuchung stets der gleiche blieb.

Die letzte Harnuntersuchung hat ca. 4 Wochen vor seiner Hierherkunft stattgefunden. — Patient, der sich anfangs September vorstellte, ist von kleiner, schwächlicher Gestalt und macht den Eindruck eines etwa 15-jährigen Knaben. Die Muskulatur ist schlaff, die äussere Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind blass. Dabei ist er seinem Alter entsprechend geistig normal entwickelt, giebt korrekte Antworten und weiss sich leicht und gut auszudrücken. Er klagt über Durst, Mattigkeit und Appetitmangel, bezw. Abneigung gegen Fleischspeisen, da er sich seit dem Wiedererscheinen des Zuckers nur von Fleisch, Eiern, grünem Gemüse und ganz ausnahmsweise von kleinen Mengen Brot ernährt hat. — Die physikalische Untersuchung der Körperorgane ergiebt nichts Abnormes, doch fehlen die Kniereflexe vollständig. Das Körpergewicht beträgt annähernd 45 Kilo. Die Untersuchung einer Probe der 24 stündigen, 3½ Liter betragenden Urinmenge ergab die totale Abwesenheit von Zucker, auch wurde während des vierwöchigen Kuraufenhalts hierselbst nie eine Spur gefunden, trotz sehr liberaler Diät, in welcher ausser Brot und Milch auch Kartoffeln und Obst eingeschlossen waren. Nur Süssigkeiten, die er nicht liebte, wurden von dem Patienten nicht genossen. Dabei stellte sich reger Appetit und allmähliche Hebung der Kräfte ein, so dass er in gutem Allgemeinbefinden und mit einer Gewichtszunahme von 3½ Kilo von hier abreiste. Die 24-stündige Harnmenge betrug stets 3500—4200 ccm. Wie mir der Vater später mitteilte, war in diesem Zustand keine Aenderung eingetreten.

Es hat also in diesem Falle ein ca. ein Jahr dauernder Diabetes mellitus sich in einen 13 Jahre währenden Diabetes insipidus umgewandelt, dieser hatte sodann einer ca. acht Monate dauernden Glykosurie Platz gemacht, um nach Ablauf dieser Frist wieder zu erscheinen. Ein einzig in seiner Art dastehender Fall, wenigstens habe ich in der mir zu Gebote stehenden Literatur nicht seinesgleichen gefunden.

Was die Aetiologie anbetrifft, so darf man mit Rücksicht auf die Erkrankung in den ersten Lebensjahren mit einiger Wahrscheinlichkeit auf eine zentrale Affektion im Bereich des 4 Ventrikels schliessen.

Auch das spezifische Gewicht entspricht durchaus nicht immer der Zuckermenge. Dass dasselbe hoch sein kann bei völligem Fehlen des Zuckers ist bekannt; seltener kommt es vor, dass bei vorhandener Glykosurie das spez. Gewicht abnorm niedrig ist.

So behandelte ich vor längerer Zeit einen 65-jährigen Herrn, bei dem die Analysen folgendes Resultat ergaben:

	Zucker,		Albumen,		
2%	Zucker,	0,07	Albumen,	1,017	spez. Gewicht.
1,4%	»	0,06	»	1,012	» »
1,3%	»	0,06	»	1,009	» »
0,8%	»	0,05	»	1,003!	» »

Die 24-stünd. Harnmenge schwankte zwischen 2300—2700 ccm.

Aus diesen und ähnlichen Fällen geht hervor, dass das spezifische Gewicht als ein zuverlässiges Zeichen für das Vorhandensein von Zucker nicht betrachtet werden kann [4]).

In den Fällen von annähernd normaler Harnmenge ist gewöhnlich auch der Durst entsprechend gering oder nur eine unbedeutende Trockenheit der Mundschleimhaut vorhanden.

---

[3]) Das Verhalten der Urinsekretion in diesen Fällen ist ganz besonders auffallend wegen der anerkannt starken Diurese, die der Neuenahrer Sprudel bedingt, und auf die ich mit ein paar Worten eingehen will. Ich bin daran gewöhnt, dass meine hier zur Kur sich aufhaltenden Patienten mir unaufgefordert mitteilen, dass sie fast an keinem anderen Badeort, auch in Karlsbad nicht, eine so starke Anregung der Diurese, die sich öfter zu einer wahren Harnflut steigern kann, beobachtet hätten, wie hier in Neuenahr. Dieselbe beginnt schon in den ersten Tagen und hält gewöhnlich 8—10 Tage an, um dann allmählich nachzulassen, sie kann aber auch während der ganzen Trinkzeit andauern. Dieser diuretischen Wirkung des Neuenahrer Sprudels sind auch zum Teil die überraschend günstigen Erfolge in verschiedenen anderen Krankheitszuständen, z. B. bei Nierengries und Steinen, zuzuschreiben, eine Tatsache, die noch zu wenig Anerkennung gefunden zu haben scheint.

[4]) S. meine Mitteilungen in der Deutschen med. Wochenschrift, 1895, Nr. 17.

Wenn auch der Appetit meistens recht rege ist, so kommt doch fast nur in schweren Fällen wirklicher Heisshunger vor, ebenso wie hochgradige Abmagerung; es giebt im Gegenteil, wie schon oben bemerkt, besonders bei der leichten Form verhältnismässig viele Fälle, in denen sich die Kranken durch ein ansehnliches Embonpoint, nicht selten sogar durch Fettleibigkeit auszeichnen.

In seltenen Fällen kann die geschlechtliche Potenz unvermindert fortbestehen, zuweilen wird sogar über gesteigerten Geschlechtstrieb geklagt. Ich habe mehrfach derartige Fälle beobachtet und will nur einen, einen 60-jährigen Herrn betreffenden Fall anführen, bei dem die Krankheit nachweislich seit fünf Jahren bestand, und dem in dieser Zeit vier Kinder geboren wurden.

Es kann also das eine oder das andere der bekannten Diabetessymptome, manchmal sogar mehrere derselben, selbst bei der schweren Form fehlen, um so mehr ist dies der Fall in leichten Fällen oder im Beginn der Krankheit, und letzteres ist auch die Ursache, weshalb bei einer verhältnismässig grossen Anzahl von Zuckerkranken dieselbe nicht frühzeitig genug erkannt wird, zu einer Zeit, in der die Chancen zur Wiederherstellung durch promptes ärztliches Eingreifen am günstigsten sind. In vielen Fällen geschieht dies nur zufällig, z. B. durch den Augenarzt, oder bei der behufs Aufnahme in eine Lebensversicherung obligatorischen Harnuntersuchung oder wenn männliche Patienten im Freien uriniern und zufällig auf weisse Flecken an Stiefeln und Beinkleidern, die aus Zuckerkristallen bestehen, aufmerksam werden. — Und doch giebt es einige mehr oder weniger charakteristische Merkmale, die eine Erkennung der Zuckerharnruhr, in ihren ersten Anfängen ermöglichen.

Es hat sich mir nämlich ergeben, dass in einer erheblichen Anzahl von Fällen einerseits die Zeichen einer krankhaften Störung der Nerventätigkeit anderseits gewisse Hautaffektionen dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit bezw. dem ersten Auftreten unzweifelhafter Diabetesymptome kürzere oder längere Zeit vorausgingen. — Die nervösen Erscheinungen bestehen teils in psychischer Erregung, gemütlicher Verstimmung, grosser Reizbarkeit gegen äussere Eindrücke, Schlaflosigkeit u. s. w., teils in Neurosen der sensiblen und motorischen Nerven. Diese treten meist als neuralgische von den Kranken als rheumatische bezeichnete Schmerzen auf, vorwiegend in der Form der Ischias, aber auch jede andere Nervengruppe kann Sitz derselben sein [5]: In wohl 3/4 meiner sämtlichen Fälle erzählten die Patienten, dass sie schon lange vor der Entdeckung der Glykosurie von derartigen Schmerzen geplagt worden seien. — Auch Parästhesien bezw. Kribbeln und Gefühl von Taubsein, vorzugsweise in den Füssen und Fusssohlen, stellt sich öfters ein, nicht selten verbunden mit fehlendem Kniephänomen.

Als Motilitätsneurosen sind die so häufig vorwiegend nachts oder gegen Morgen auftretenden Wadenkrämpfe zu betrachten, eine Erscheinung, auf die ich wohl als erster bereits vor Jahren (s. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6, 1883) aufmerksam gemacht habe.— Dagegen sind anderweitige krankhafte Störungen des motorischen Nervensystems selten, oder machen sich erst später bemerklich. Sie bestehen meistens in Paresen im Bereich der Cruralnerven und können in ihrer weiteren Ausbildung einen so hohen Grad erreichen, dass die Muskulatur der Beine und Füsse atrophiert und die Kranken nur mühsam kurze Strecken zu gehen imstande sind. — Eine der am häufigsten in der Frühperiode des Diabetes vorkommenden nervösen Störungen ist beim Manne die Abnahme des Geschlechtstriebes bis zur völligen Impotenz. Diese Erscheinung ist selbst beim Laienpublikum so allgemein bekannt, dass nicht selten sich des besten Wohlseins erfreuende Männer, dadurch stutzig gemacht, den Urin auf Zucker untersuchen lassen und zu ihrem Schrecken erfahren, dass sie Diabetiker sind. Dieses Symptom zeigt sich ebensowohl in ganz leichten als in schweren Fällen. Im Beginn der Krankheit kehrt zuweilen die Erektionsfähigkeit, falls sie nicht ganz erloschen war, zurück. Dagegen habe ich auch zu den allerleichtesten zu zählende Fälle beobachtet, in denen keine Besserung erfolgte, trotzdem die Kranken seit Wochen, ja Monate zuckerfrei waren. Die verschiedensten Arten der Badebehandlung, auch fortgesetzte Anwendung des Vierzellenbades nach dem von Dr. Schnee angegebenen Schema blieben ohne Erfolg. — Ob in dieser Art der Impotenz einfach eine Funktionsstörung der die Erektion bedingenden Nerven zu suchen ist, oder ob trophische Störungen anzuschuldigen sind, ist noch nicht ermittelt. Der Umstand jedoch, dass man nebenher Verkümmerungen und Schwinden der Samenbläschen und selbst der Hoden beobachtet hat, lässt auf eine Trophoneurose schliessen. Als eine solche ist auch das jetzt vom gesamten Aerztepublikum gewürdigte Lockerwerden und Ausfallen anscheinend ganz gesunder Zähne zu betrachten, eine Erscheinung, die gleichfalls häufig zu den allerersten Diabetessymptomen gehört. Es wäre zu wünschen, dass dieselbe nicht nur von den Zahnärzten mehr beachtet, sondern auch beim Laienpublikum bekannt würde; es könnte dann nicht nur manches natürliche Gebiss gerettet werden, sondern vor allen Dingen eine Anzahl Diabetiker früher in ärztliche Behandlung gelangen. — Auch die bei der Zuckerharnruhr verhältnismässig häufig zu beobachtende Dupuytren'sche Fingerkontraktur gehört hierher, da es sich, wie ich (Deutsche med. Wochenschr. 1904, Nr. 14) gezeigt habe, bei dieser Erscheinung ebenfalls um eine den Diabetes nicht selten begleitende Trophoneurose handelt. Ich habe sie bei 213 im Sommer 1902 und 1903 behandelten Diabetikern nicht weniger als 33 mal angetroffen.

Unter den im Beginn der Zuckerruhr vorzugsweise zur Beobachtung kommenden Hauterkrankungen verstehe ich ganz besonders die Furunkulosis und den bei Frauen so häufigen Pruritus bezw. das Eczema pudendorum. Dieses, welches in seiner vollen Entwickelung sich bis über die innere Fläche der Oberschenkel, ja sogar über die untere Bauchgegend ausbreiten kann, ist eins der quälendsten Symptome, bei dem an nächtliche Ruhe ohne Narkotika nicht zu denken ist. Alle äusseren Heilversuche fruchten hierbei nichts oder nur wenig, (am meisten Erfolg sah ich noch vom Anästhesin Ritsert), und nur von einer gegen den Diabetes selbst gerichteten Behandlung ist Heilung zu erwarten.

Was die Furunkulosis anbetrifft, so ist es mir öfters begegnet, dass ich den Urin von Personen, die an periodisch auftretender Furunkulosis litten, vergeblich auf Zucker untersucht habe, während es in verschiedenen Fällen den Hausärzten, denen ich meinen Verdacht mitteilte, gelang, nach mehreren resultatlosen Untersuchungen endlich Zucker nachzuweisen. Es kommt unter solchen Umständen nur darauf an, die Untersuchung des zu verschiedenen Tageszeiten, besonders nach den Mahlzeiten, gesammelten Urins in kurzen Intervallen immer von neuem vorzunehmen, denn hauptsächlich liegt die Schwierigkeit den Diabetes im Beginn nachzuweisen, meines Erachtens in dem Umstand, dass er in dieser Zeit oft intermittierend auftritt. Es kann.

[5]) Charakteristisch für die Diabetesneuralgien ist die Symmetrie derselben, d. h. das überwiegende Vorkommen auf beiden Körperhälften.

also leicht geschehen, dass eine einmalige Untersuchung in eine zuckerfreie Periode fällt, und die Glykosurie auf diese Weise sich der Diagnose entzieht.

Heilverfahren. — Diät. — Alkalische Thermen. — Arzneimittel.

Von allen gegen die Zuckerharnruhr gerichteten Behandlungsmethoden steht das diätetische Heilverfahren an erster Stelle. Allbekanntes hier wiederzugeben, würde nicht am Platze sein, nur möchte ich meine Methode der Diätregulierung in Kürze hiermit anführen. Für die ersten Tage der Kur pflege ich meine Kranken auf strenge Diät zu setzen, teils mit Ausschluss aller Kohlehydrate, teils mit Gestattung einer gewissen Menge Brot. Ausgenommen sind nur ganz schwere Fälle, bei denen der Ausbruch des Koma zu befürchten steht, oder solche, die mit erheblicher Störung der Magen- und Darmverdauung kompliziert sind. Nach Ablauf einiger Tage pflegt sich dann der Grad der Erkrankung ohne Schwierigkeit erkennen zu lassen. Ist der Fall ein leichter, so suche ich, nach dem Verschwinden der Glykosurie, festzustellen, welche Art von Amylazeen der Patient am besten assimiliert. Bekanntlich kann selbst in recht leichten Fällen die Toleranz gegen stärke- und zuckerhaltige Nahrung eine überaus verschiedene sein. Ich habe Fälle gesehen, in denen Bier, Kartoffeln, Obst in verhältnismässig grosser Menge assimiliert wurden, während dieselben Kranken auf den Genuss einer über 20 g hinausgehenden Brotmenge regelmässig mit Glykosurie reagierten [6]. Die grössten Unterschiede zeigen sich nach meiner Erfahrung in der Toleranz der Diabetiker gegen Milch. Bei dem einen schadet ein Liter nichts, während bei dem andern die Toleranzgrenze 1/5 Liter nicht erreicht. Bier verbiete ich meistens ganz, da es erfahrungsgemäss dem Diabetiker schwerer fällt, sich mit einer kleinen Quantität zu begnügen, als das Bier ganz zu meiden. Dagegen bin ich nicht so ängstlich bezüglich des Zuckergehalts reiner Weine. Selbst ein während der Weingärung vorgenommener mässiger Zusatz von gutem Rohrzucker ist nicht bedenklich, da derselbe durch die Gährung in unschädlichen Invertzucker umgewandelt wird [7]. Auch Die Kartoffeln sind bis in die jüngste Zeit ungerechtfertigterweise perhorresziert worden. Da dieselben 80% Wasser und kaum 20% Stärkemehl enthalten, ist ihr Nährwert allerdings gering, jedoch eignen sie sich vortrefflich als Fettträger, wozu ich sie nicht selten verordne; dagegen kann nicht genug gewarnt werden vor der unterschiedslosen Anwendung der letzthin empfohlenen sogenannten Kartoffelkur, von deren traurigen Folgen ich leider in mehreren Fällen mich zu überzeugen Gelegenheit hatte.

Was die Diät bei schweren Fällen anbetrifft, so kommt es hauptsächlich darauf an, dem Kranken neben genügender, aber nicht übermässiger stickstoffhaltiger Nahrung Fette zuzuführen (in Gestalt von Rahm, Butter, Oel, Eidotter, (Mayonnaisen), fettem Käse u. s. w.), da die Toleranz für Kohlehydrate in den meisten Fällen auf ein Minimum geschwunden ist; daneben soll öfters von sog. Gemüsetagen an denen nur grüne Gemüse und Fett verabreicht wird, Gebrauch gemacht werden.

[6]) Aus diesem Grunde halte ich nicht viel von den sogenannten Gleichwertigkeitstabellen, nach denen gewissen Mengen von Kohlehydraten, wie Milch, Kartoffeln, Reis etc., einer gegebenen Quantität (beispielsweise 20 g) Weizenbrot substituiert werden können.

[7]) Ganz besonders auffallend ist in dieser Hinsicht die relative Unschädlichkeit guten deutschen Schaumweins, wie ich andernorts (Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1897) gezeigt habe.

Unter den gegen die Zuckerkrankheit empfohlenen Heilmitteln, auf die ich später wohl kurz zurückkommen werde, behaupten die kohlensauren Alkalien in Gestalt der alkalischen Mineralwässer von Karlsbad, Neuenahr und Vichy die erste Stelle. Wie fest deren Ruf begründet ist, dafür legt, wenigstens was Neuenahr betrifft, die jährlich steigende, nach Tausenden zu zählende Anzahl der daselbst zur Kur anwesenden Diabetiker das unwiderleglichste Zeugnis ab. Uebrigens ist die günstige Wirkung dieser Thermen jetzt allenthalben über allen Zweifel erhaben. Ein wesentlicher Unterschied in der Wirkung dieser drei Thermen ist bei der einfachen, unkomplizierten Zuckerharnruhr kaum vorhanden, doch wird da, wo der Diabetes mit Erkrankungen der Lunge, des Herzens, der Nieren (Nephritis), grosser Reizbarkeit des Darms und Neigung zu Diarrhöen einhergeht, dem Neuenahrer Sprudel vor dem unter solchen Umständen stark reizenden bezw. schwächenden Karlsbader Wasser entschieden der Vorzug gegeben werden müssen.

Was nun die Wirkungsweise der alkalischen Wässer, bezw. des Neuenahrer Sprudels betrifft, so äussert sich dieselbe bei den beiden Formen der Krankheit in verschiedener Weise. Wer Diabetiker der schweren Form mit tiefgesunkenem Kräftezustand, mit einem unersättlichen Durst- und Hungergefühl in den ersten Tagen ihres Hierseins zu beobachten Gelegenheit hatte, der wird erstaunt sein — mit seltener Ausnahme, — die Kranken nach kürzerem oder längerem Gebrauch des Brunnens wieder aufleben, die Kräfte sich heben zu sehen, und ein gleichzeitiges Zurückgehen der lästigen Diabetessymptome, besonders des Durstes und der Polyurie, konstatieren zu können.

So will ich unter einer Anzahl von derartigen Fällen einen anführen, in dem ein 48-jähriger Patient, der in der traurigsten körperlichen Verfassung, mit Oedem beider Beine und einem Körpergewicht von 41 kg nach Neuenahr gekommen war, nach zwei Wochen bereits 2½ kg zugenommen hatte und nach fünfwöchentlichem Kurgebrauch längere Spaziergänge machen konnte, während er zu Beginn der Kur gefahren werden musste.

Ein anderer Fall betraf ein 13-jähriges Mädchen, welches. bis zum Skelett abgemagert, mit vollständig daniederliegender Verdauung und einem Körpergewicht von 21 kg hier anlangte. Nach vierwöchigem Kurgebrauch, während dessen das Gewicht auf 24½ kg gestiegen war, hatte eine so günstige Veränderung im Allgemeinbefinden und Kräftezustand des Kindes stattgefunden, dass es wieder ohne Ermüdung weitere Strecken gehen konnte und ausser mässigem Durst keines der bekannten Krankheitssymptome mehr zeigte, trotzdem der Zuckergehalt nie unter 2% herunterging. Nahhdem die kleine Patientin einen recht befriedigenden Winter verlebt hatte, kam sie im folgenden Frühjahr wieder zu einer vierwöchigen Kur hierher. Der Zuckergehalt des Urins, der bei Beginn der Kur 4½% bei einer 24-stündigen Harnmenge von 2—1½ Liter betrug sank allmählich wieder auf 2%. Die Gewichtszunahme bei Beendigung der Kur betrug gegen das Vorjahr 8 kg!

Wie günstig sich die Heilwirkung des Neuenahrer Sprudels auf das Allgemeinbefinden auch in den meistens so schweren Fällen jugendlicher Patienten äussert, geht aus mehreren anderen Fällen hervor, in denen dieselben 3, 4, 7, 11 und 13 Jahre zählten, und von denen die drei erstgenannten sogar für einige Zeit zuckerfrei wurden.

Diese günstige Wirkung ist allerdings in den meisten Fällen der schweren Form nicht von langer Dauer, oft währt sie nur wochenlang; in den allerschlimmsten, mit Lungenphthise u. s. w. komplizierten Fällen ist ausser einer vorübergehenden Besserung des Allgemeinbefindens überhaupt keine günstige Wirkung von der Kur mehr zu erwarten. Wenn unter diesen Umständen trotz geregelter Diät und guter Pflege die Kräfte abnehmen, der Harn starke Eisenchloridreaktion zeigt und schliess-

lich noch Verdauungsstörungen sich einstellen, so ist es am ratsamsten, die Kur abzubrechen, ehe das drohende Koma zum Ausbruch gelangt.

Ungleich günstiger liegen die Verhältnisse bei der leichten Form. Hier verschwinden während des Kurgebrauchs selbst grosse Zuckermengen von 7, 8, 10% in überraschend kurzer Zeit, und es tritt die ganz besonders wichtige Wirkung des Neuenahrer Sprudels zutage, welche darin besteht, dass die Toleranz für genossene stärkemehl- und zuckerhaltige Nahrung vermehrt wird, so dass Diabetiker, wenn sie nach Hause zurückkehren, eine weit grössere Menge Kohlehydrate zu sich nehmen können als zuvor, ohne Wiederkehr der Glykosurie befürchten zu müssen. Diese Wirkungsweise der alkalischen Thermen wird heutzutage von allen Forschern auf diesem Gebiet anerkannt, wenn dieselbe auch theoretisch nicht genügend erklärt werden kann. Einen für das Gesagte eklatant beweisenden Fall will ich an dieser Stelle mitteilen.

Eine robuste Frau vom Lande, Mitte der 40-er, wurde mir durch ihren Arzt überwiesen mit der Angabe, dass ihr Zucker bei reiner Fleischkost bis auf Spuren oder gänzlich verschwinde, bei dem geringsten Genuss von Amylazeen aber sofort wieder auftrete. Bei der Ankunft der Patientin enthielt der Harn 4% Zucker, nach 14-tägiger strenger Diät mit Ausschluss aller Kohlehydrate, war keine Spur mehr nachweisbar. Ich erklärte nun der Patientin, dass sie allmählich versuchsweise zu gemischter Kost übergehen könne, und erlaubte ihr eine mässige Menge Brot. In einer einige Tage später untersuchten Harnprobe wurde kein Zucker vorgefunden. Auf näheres Befragen der Fragen der Patientin stellte sich heraus, dass dieselbe mich missverstanden und reichlich Kohlehydrate jeder Art zu sich genommen hatte. Ich gestattete nur gemischte Kost nach Belieben, mit Ausnahme von Zucker, jedoch wurde zur Kontrolle des Urin während des weiteren 14-tägigen Aufenthalts der Kranken jeden dritten Tag untersucht und zweimal nur Spuren, die anderen Male kein Zucker vorgefunden.

In diesem Falle ist es wohl nicht zweifelhaft, dass die auffallende Toleranz für Amylazeen dem Neuenahrer Sprudel zuzuschreiben ist, da vor dem Gebrauch der Trinkkur immer wieder Zucker im Harn erschien, sobald die Kranke Kohlehydrate zu sich nahm. Dieser günstige Erfolg dauerte auch noch einige Monate zu Hause an, allmählich aber nahm die Toleranz wieder ab; durch eine nochmalige Kur im darauffolgenden Jahre wurde wieder dasselbe günstige Resultat erzielt. — Ich könnte noch eine ganze Anzahl von Patienten anführen, die mir ausdrücklich erklärten, dass es ihnen nur in Neuenahr gelinge, die Zuckerausscheidung los zu werden, mit der sie zu Hause das ganze Jahr über zu kämpfen hätten.

Die Zahl der gegen die Zuckerharnruhr empfohlenen Arzneimittel ist Legion, der beste Beweis für die Unzuverlässigkeit derselben. Am meisten Erfolg sah ich bisher noch von Kodein in solchen Fällen, in denen sich erhebliche Zeichen nervöser Erregbarkeit bemerklich machen. — In jüngster Zeit habe ich auch das von Ebstein empfohlene Salol angewandt. — Während der Erfolg bei Kranken der ausgesprochen schweren Form ein negativer war, so überraschend günstig war derselbe bei einigen auf der Grenze zwischen leichten und schweren stehenden Fällen [8]). — Dasjenige Mittel, für welches zurzeit am meisten Reklame gemacht wird, ist das Jambol bezw. Djoëat. Die aus den Apotheken zu beziehende Droge, die gewöhnlich monatelang auf Lager liegt, ist gänzlich unwirksam, dagegen habe ich vor einigen Jahren mit einem frischen Präparate Ver uche machen können und in der Tat in einem einzigen schweren Fall einen überraschend günstigen, leider aber nur ganz vorübergehenden Erfolg erzielt, da der zum Verschwinden gebrachte Zucker sich nach einigen Tagen wieder einstellte, und die Patientin kurze Zeit nachher am Koma zugrunde ging.

Nach meinen bisherigen Erfahrungen giebt es ein Medikament, welches einen dauernden günstigen Einfluss auf die Zuckerkrankheit auszuüben imstande wäre, zur Zeit noch nicht.

(Schluss folgt.)

[8]) S. meine Beobachtungen in den Therapeutischen Monatsheften, Januar, 1901.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. jur. W. Pflug: Syphilis oder Morbus Gallicus? Strassburg. Verl. von K. Trübner. 1907. Mk. 1.50.

Es handelt sich um eine etymologische Studie, die Verf. unternommen hat, um die alte Frage des Ursprunges des Wortes «Syphilis» klarzustellen. Die ursprünglich in Italien gebräuchliche Bezeichnung Morbus Gallicus wurde von vielen Italienern als eine Ungerechtigkeit und eine Beleidigung der benachbarten französischen Nation empfunden, da die am Ende des XV. Jahrhunderts in Europa und Kleinasien plötzlich auftretende verherende Syphilisepidemie zwar durch das französische Heer Karl VIII. bei seinem Rückzuge von Neapel über Italien verbreitet wurde, sicher aber nicht französ. Ursprunges war. Der Name Syphilis findet sich zum ersten Male in einem 1530 in Verona erschienenen Lehrgedichte des berühmten Arztes, Astronomen und Dichters Gerolamo Fracastoro «De Syphilide sivé. Morbo Gallico» und hat seitdem allgemein Eingang gefunden. Die neue Krankheit und ihre rapide Verbreitung wurde von den damaligen Gelehrten tellurischen oder vielmehr siderischen Einflüssen zugeschrieben, anormalen Einwirkungen des Mundus superior (arab. sifl oder sufl, Adject. siflis) auf den Mundus inferior. Pflug nimmt an, dass Fracastoro hieraus in freier Erfindung den Namen Syphilis gebildet hat, den er in dem Gedichte symbolisch einem Hirten beilegte, der von den Göttern mit dem Leiden für seine Vergehen gestraft wurde. Die Erklärung und Ableitung vom arabischen sifl ist nicht ganz neu, hat jedoch viel für sich und klingen die Ausführungen P. durchaus plausibel.

W. Schiele.

O. Lassar und W. Tamms: Dermatologischer Jahresbericht. I. Jahrgang. Ueber das Jahr 1905. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1907. 684 Seiten. Pr. Mk. 18.

Der leider so früh vom Tode hinweggerissene Prof. O. Lassar hatte in Gemeinschaft mit Dr. Tamms das verdienstliche Werk in Angriff genommen einen dermatologischen Jahresbericht herauszugeben und liegt die erste Frucht ihrer Mühe uns vor, da drohte bereits der jähe Tod Lassars dem Werke ein Ende zu bereiten. Der Inhalt des Berichtes für 1905 zerfällt in 4 grosse Teile: Dermatologie, Lues und venerische Helkosen, Krankheiten der Geschlechtssphäre (ausschliesslich Lues und ven. Helk.), Allgemeines, die ihrerseits wieder in zahlreiche (zusammen 70) Unterabteilungen eingeteilt sind. Die Anordnung des Stoffes ist im Ganzen glücklich, übersichtlich und bequem. Ausser der Dermatologie im engeren Sinn sind die Lues und die venerischen und nicht venerischen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane gleichfalls berücksichtigt. Das Fehlen eines Jahresberichtes machte sich bisher stark fühlbar, es gebührt Prof. Lassar der Dank aller Dermatologen für die Mühe, der er sich bei dem Inslebenrufen der Jahresberichte unterzogen hat. Die Organisation eines derartigen Werkes ist eine gewaltige Arbeit, es gilt die Mitarbeiter in aller Welt zu gewinnen und das Gesammelte zu ordnen und zu verarbeiten. Zum Glück hat der Verlag es verstanden einen vollwertigen Ersatz für den Verblichenen in der Person von Prof. Unna in Hamburg zu gewinnen, schon im Herbste dieses Jahres soll ein neuer Band, die Jahre 1906 und 1907 umfassend, erscheinen.

W. Schiele.



Mitteilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 16. Mai 1907.

Anwesend 41 Mitglieder und als Gäste die DDr. Krüger, Pacht, Loppenowe, Lundberg.

Eingelaufene Schriften: Differentialdiagnose der Sinustrombose und II. «Lasst den Thrombus in Ruhe». Beide von Dr. Voss.

Das Protokoll vom 18. April und 2. Mai verlesen und angenommen. Das Präsidium übernimmt in Abwesenheit von Dr. Klemm — Dr. Voss. — Auf der Tagesordnung steht die Diskussion über die Morbidität des verflossenen Winters.

Dr. Voss erscheint sehr auffallend die Verschiedenheit in der Beurteilung der Masernepidemie des verflossenen Winters, ein Teil der Kollegen hebt den leichten Charakter ohne Komplikationen hervor, während er von anderen über viele schwere Fälle mit mannigfachen Komplikationen gehört habe. Auch scheine ihm die Existenzberechtigung einer Rötelnepidemie nicht mehr zweifelhaft; es sei von Anfang dieses Jahres oft gefragt worden, ob man 2 mal Masern haben könne, nach Erkundigung bei Kennern habe er von einer Rubeolenepidemie gehört, die Fälle die er meine hätten nach überstandener mehr oder weniger schweren Maserninfektion von neuem ein Exanthem bekommen unter meist fieberfreien Verlauf, Ausgang in baldige Genesung, bei einigen Fällen wäre auch der umgekehrte Verlauf beobachtet worden, d. h. erst Röteln dann Masern. — Von der Mumps sei nicht gesprochen, er habe viele Ohrenerkrankungen in diesem Jahre nach derselben gesehen. 1881—82 sei die letzte grosse Epidemie des Typh. exanth. gewesen, dieselbe hatte ein explosionsartiges Auftreten; es wurden im Krankenhaus ihretwegen schleunigst 2 neue Baracken gebaut, dieselben konnten leider nicht so schnell fertig werden und 3 Tage lang konnten keine Neuerkrankten aufgenommen werden, dann wurden in 2 Tagen 60 Betten besetzt. Da die Schnelligkeit der Verbreitung damals so auffallend war, beschleiche ihn jetzt immer ein Misstrauen in der Diagnose des exanth., damals erkrankte auch sehr viel Pflegepersonal, Komptoirleute, Wärterinnen und Oberinnen und 2 Aerzte, die Mortalität war eine ungeheure und betrug 50 pCt. der Hospitalerkrankungen.

Dr. Deubner: In den letzten Jahren sei d. typh. exanth. immer vorhanden gewesen 1903 war zeitweise sogar Platzmangel im Krankenhause, auch 1906 ist er stärker aufgeflammt, die Fälle stammen aus bestimmten Gegenden in der Romanowstrasse und der Dünaburgerstrasse, 4—5 aus einem Hause seien zur Beobachtung gekommen. Sicher handelte es sich um exanth.; Sektion erwies freien Darmtraktus, die klinischen Symptome sprachen dafür, auch seien leider genügend Infektionen im Krankenhause selbst beobachtet, Dr. Berkholz und 4 Wärterinnen erkrankten in den letzten Jahren. Augenblicklich habe er eine Wärterin entlassen, die nach kurzer Dienstzeit erkrankt war, aber nicht nur dort pflegende Wärterinnen seien erkrankt, sondern auch anderes Personal. Die sanitären Verhältnisse in der Stadt seien aber zum Glück bedeutend besser geworden, nach Meldung der Erkrankung werde sofortige Desinfektion streng durchgesetzt, daher seiner Meinung nach Einschränkung der Erkrankungen.

Auch Dr. Schmidt betont, dass in den 11 Jahren seiner Krankenhaustätigkeit fast immer typh. exanth. gewesen sei, 88—89 seien ca. 300 Fälle beobachtet, seiner Meinung nach die Kriegsepidemie, die nach dem Türkenkriege allmählich hergeschleppt worden; später gelegentlich auch kleinere Epidemien in der Moskauer Vorstadt.

Dr. Krannhals betont Dr. Voss gegenüber, dass ihm diagnostische Irrtümer ausgeschlossen erscheinen, es würden eher zu wenig Fälle diagnostiziert. Dr. Berkholz erinnert sich einer Epidemie in Dorpat, bei der viele Fälle sine exanthem. diagnostiziert wurden, die hier am Krankenhaus diag.-nostizierten Fälle seien zweifellos typisch, auch er schliesst sich darin Kr. an. dass eher zu wenig Fälle erkannt würden. Bei atypischen Fällen entscheide häufig der Verlauf der Erkrankung, in 16—17 Tagen fiebern sie ab, auch falls kein typisches Exanthem vorhanden gewesen, Erkrankungen mit letzterem gehören nicht zu den grossen Seltenheiten.

Dr. Loppenowe hebt hervor, dass in den zur Sektion gekommenen atypischen Fällen wo die Diagnose auf typh exanth. gelautet habe, der Darm auch stets frei von Geschwüren gefunden sei.

Nach Dr. Hampelns Meinung lägen keine diagnostischen Schwierigkeiten bei der Entscheidung von typh. abd. und exanth. vor, es handele sich in einem Falle um ein papulöses im anderen um makulöses Exanthem. Dr. Schmidt schliesst sich dem an, nur bei sehr verwahrlosten Kranken mit vielen Flohstichen z. B. können Schwierigkeiten entstehen, er erinnere sich freilich einer Fehldiagnose wo bei einem schweren Fall von abdominal, Typhus ein septisches Exanthem ihn irreführte.

Dr. Mey hat die Beobachtung im letzten Feldzuge als richtig bestätigt gefunden, dass trotz sehr mangelhaften sanitären Verhältnissen und nebeneinander Bestehens von typh. abd. und exanth. es zu keiner grösseren Epidemie gekommen ist, die Gründe dazu seien unbekannt geblieben, es müsste sich um solche lokaler Natur gehandelt haben. Dr. Deubner's Optimismus in Betreff der sofortigen Desinfektion der Häuser könne er nicht teilen.

Dr. v. Krüdener: Bei Gelegenheit meiner Tätigkeit in der augenärztlichen fliegenden Kolonne habe ich in drei räumlich weit von einander getrennten Gegenden, Erhebungen über die Erblindungen durch Pocken gemacht. Ausser den vielen einseitig Erblindeten, fand ich in Oesel unter 2460 Augenkranken 33 auf beiden Augen völlig Erblindete, hiervon 3 durch Variola; im Gouvernement Smolensk unter = 2800 Kranken, 150 beiderseitig völlig Erblindete, hiervon 8 durch Variola. Im Gouvernement Simbirsk unter 1850 Kranken, 239 Blinde, hiervon 37 durch Variola. Sie sehen, je mehr nach Osten umso grösser die Opfer der Pocken. Die anderen Ursachen beiderseitiger Erblindungen sind: Trachom, Lues, Glaukom, Blennorrhoe, Ulcus serpens und andere Krankheiten. Die Erblindungen bei Variola erfolgen meist durch schwere eitrige Geschwüre der Hornhaut in der Exsiccations-Periode, welche zu totaler Hornhautzerstörung führen. Häufig gehen den Corneal-Geschwüren Bläschen auf der Conjunctiva, phlyktaenenartige Eruptionen, Pocken-Pusteln an den Lidrändern der Conjunktiva Bulbi und Tarsi voraus. Kinder erblinden gelegenlich an Keratomalacie. Ein weiterer Prozentsatz fällt der eitrigen Chorioiditis und Sehnervenleiden zum Opfer. Es giebt Fälle, wenn auch selten, bei welchen gleich zu Beginn der Erkrankung sich auf der Cornea deutliche Pocken-Pusteln bilden. Ich habe 3 Fälle echter reiner Pocken-Pusteln der Cornea gesehen; der eine derselben lag in der Dorpater Medizinischen Klinik. Das Bild und die Entstehungsweise sind so typisch, dass eine Verwechslung mit sekundärem Ulcus völlig unmöglich ist. Das Hornhautepithel ist gequellt, die Pustel steigt bergartig in die Höhe, die Umgebung ist ödematös. Die Schilderung, welche Doktor Voss über den von ihm gesehenen Fall entworfen, stimmt mit den von mir beobachteten völlig überein. Von namhaften Autoren, wie Professor Uhthoff, wird das Vorkommen dieser Pusteln auf der Bindehaut und Hornhaut zugegeben.

(Autoreferat).

Dr. Berkholz hat unter 1600—1700 beobachteten Fällen keine Eruption der Variola auf der Conjunctiva oder Cornea gesehen. Für solche Fälle nehme er eine septische Infektion an. Dr. v. Krüdener nimmt an, dass, da bei dem grossen hiesigen Material Dr. B. keine Fälle beobachtet hat, diese Fälle hier zu den grössten Seltenheiten gehören, anderwärts z. B. im Osten kämen sie nicht so selten vor.

Dr. Schmidt hat auch auf der Cornea keine Pockenpustel gesehen, wohl aber auf der Conjunktiva, auch bei letzteren habe er bei seinem früheren grossen Material keine Augenverluste bei Erwachsenen gesehen, die Augen wurden ständig unter Lidkompressen gehalten und dadurch rein gehalten. Wenn keine richtige Pflege vorhanden, können aber solche deletäre Wirkungen auftreten. Dr. Berkholz schliesst sich dem an, dass schwere Zerstörungen des Auges Folgen der schlechten Pflege seien, nicht aber auf die Variola zu schieben seien.

Dr. Schmidt giebt als Unterscheidungsmoment zwischen Morbilli und Rubeola bei ersterem das hohe Relief des Exanthems, bei letzterem die glatte Haut an. Dem Scharlach ohne Exanthem der von vielen Lehrbüchern als bestehend anerkannt wird, bestreite er die Existenzfähigkeit, er fordere für jede Scharlacherkrankung ein wenn auch noch so geringes Exanthem resp. Petechien in einigen Gelenkbeugen; Schuppung träte dann später typisch ein. Auch in dieser Frage stimmt Dr. Berkholz mit Dr. Schmidt überein. Wogegen Dr. Hampeln die Meinung vertritt, dass ebenso wie ein exanth. Typhus ohne Exanthem verlaufen könne oder bei einem Luesfall ausnahmsweise kein Exanthem beobachtet werde, es immerhin möglich sei, dass auch Scharlach ohne beobachtetes Exanthem verlaufe, die Folgen der Erkrankung, in diesem Falle eine später einsetzende Nephritis sei da ausschlaggebend. Dagegen betont Dr. Berkholz, dass die Nephritis auch kein strikter Beweis für den Scharlach sei, da sie nach allen Infektionskrankheiten, so auch nach gewöhnlicher Angina auftreten könne; Dr. Huff's Frage ob eine schwere Nephritis mit dem ersten Tage der Scharlacherkrankung einsetzen könne, verneint Dr. B., da dieselbe als eine Toxinwirkung aufzufassen sei und stets erst am ca. 13 Tage aufträte. Als erstes Symptom bei Kindern sei von

ihm zu gleicher Zeit mit Pospischell eine Gewichtszunahme konstatiert worden, welche oft 100,0 und mehr betrage, darnach erst Nachweis von Albumen im Harn. Bei früher auftretenden Nephritiden handele es sich wohl sicher um ein Aufflammen einer schon bestehenden Nephritis. — Zum Schluss möchte Dr. B. von den Spezial-Kollegen wissen, ob sie eine Erklärung dafür wissen, warum eine Otitis leichten Grades oft furchtbare Schmerzen mache, eine schwere Otitis dagegen häufig ganz schmerzlos verlaufe. Dr. v. z. Mühlen meint es käme auf die Intensität der Schleimhauterkrankung an, während Dr. Voss die verschiedene Dicke der Membran des Trommelfelles als massgebend dafür annimmt, ein dickes Trommelfell biete mehr Widerstand, daher sei der Druck auf dasselbe ein stärkerer.

Punkt II. Dr. Hampeln spricht noch über die Pneumoniefrage und führt 2 von ihm beobachtete Fälle an und Dr. Salmanowitsch giebt die Krankengeschichte des einen Falles, der auch in seiner Beobachtung gewesen zu den Akten.

Pat. 30 a. alt, bisher stets gesund, erblich nicht belastet erkrankte am 4. März a. c. mit Fieber (38,3—38,8) und sehr heftigen Schmerzen in der rechten Schulter und in der Fossa Supra- und Infrasp. welche sich in den nächsten Tagen derart steigerten, dass Pat. den rechten Arm nicht bewegen konnte und den Kopf nach der rechten Seite hinübergezogen halten musste. Dazu etablierte sich eine starke Schwellung der rechten Schulter (nicht Gelenk) und eine starke Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit des inneren Drittels der I. Rippe, welche auch etwas verdickt erschien.

In den nächsten Tagen, nachdem die Schwellung abzunehmen begann, stellte sich etwas Husten ein, durch welchen minimale Mengen eines schleimigeitrigen Sputums expektoriert wurden. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung ergab: Weisse Blutkörperchen, Plattenepithelien und eine grosse Anzahl von Diplokokken.

Gleichzeitig wurde an der hinteren unteren Partie der rechten Lunge konstatiert: Dämpfung (von der 8. Rippe), subbronchiales Atmen, konsonierendes Rasseln, abgeschwächter Pectoralfremitus.

Nach ca. 10 Tagen auch an der linken Lunge hinten: Abgeschwächtes Atmen, abgeschwächter Pectoralfremitus und etwas Rasseln.

Nach einigen Tagen Dämpfung etc. an der rechten Fossa supra- und infraclav. (Rechts vorn beginnt die Dämpfung schon an der V. Rippe). Das Allgemeinbefinden ist nicht sehr *schlecht*, es besteht jedoch hohes Fieber (39,3—39,8) und *heftige* Schmerzen in der Schulter und an der I. Rippe, bes. *beim* Husten. Das Sputum wird reichlicher expectoriert und enthält: Diplokokken, Leukozyten, Alveolärepithelien und abwechselnd kleine und grössere Mengen Blut (keine Tuberkelbazillen, keine elast. Fasern). Im Laufe des April bessert sich der Zustand allmählich: Die Temperatur fällt (37,4—37,8), das Sputum enthält nur wenig weisse Blutkörperchen, keine Diplokokken, keine rote Blutkörperchen, keine Tuberkelbazillen, keine elast. Fasern sondern zahlreiche Kolonien von Staphylo- und Streptokokken.

Gleichzeitig schwinden die Entzündungserscheinungen an der linken Lunge, während rechts bes. hinten unten die Dämpfung, abgeschw. Atmen und Pectoralfremitus noch einige Wochen bestehen bleibt, so dass wegen Verdachtes einer Pleuritis 2 Mal punktiert wurde, jedoch mit negativem Resultat. Im Verlaufe des Mai gehen auch die Erscheinungen an der rechten Lunge bis auf eine schwache Dämpfung zurück und der Husten schwindet vollständig und Pat. erholt sich merklich, nur quälen ihn die Schmerzen in der Schulter (Schmerzpunkt in der fossa supraclavicularis) die nur wenige Wochen nachliessen, jetzt mit erneuter Heftigkeit. Der stürmische Beginn mit heftigen Schmerzen in der Schultergegend und in der I. Rippe liess an Rheumatismus resp. an eine beginnende Osteomyelitis denken, aber schon nach einigen Tagen konnte Pneumokokkeninfektion diagnostiziert werden, und zwar handelt es sich hier um eine multiple Pneumokokkeninfektion mit Beteiligung der Lungen, (der Pleura?) der Muskeln und der Nerven und des Knochens resp. des Periosts der I. Rippe. Die Schmerzen in der Schulter sind wahrscheinlich auf eine Perineuritis zu beziehen.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Aus Breslau ist hier die Nachricht eingetroffen, dass der Präsident des Medizinalrats, Geheimrat Dr. Leo Ragosin, am 30. März dort verschieden ist. Einen Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer.

— Das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen und dienstlichen Tätigkeit beging am 3. April der langjährige Geschäftsführer in der Verwaltung des Obermedizinalinspektors, wirkl. Staatsrat Dr. Nikolai Freiberg, welcher die III. Abteilung für Sanitätswesen und Epidemiologie leitet.

— Seitens der Konferenz der militär-medizinischen Akademie sind die Professoren der Akademie A. Maximow (Histolog und Embryolog) und S. Fedorow (Chirurg), sowie die Privatdozenten N. Petrow und W. Rubaschkin zu wissenschaftlichen Zwecken ins Ausland abkommandiert. Prof. Maximow wird an dem anatomischen Kongress in Berlin und Prof. Fedorow mit dem Privatdozenten Petrow an dem deutschen Chirurgenkongress, dem Kongress für orthopädische Chirurgie und der Tagung der Röntgengesellschaft, welche bekanntlich nach einander ebenfalls in nächster Zeit in Berlin stattfinden, teilnehmen.

— Der Gehülfe des Direktors der St. Petersburger Entbindungsanstalt, Staatsrat Dr. Stolypinski, ist zum Konsultanten für Balneologie bei den Petersburger weiblichen Lehranstalten des Ressorts der Institutionen der Kaiserin Maria ernannt worden, unter Belassung auf seinem gegenwärtigen Posten.

— Der Assistent des klinischen Militärhospitals Dr. Oppel ist gemäss der Wahl als ausserordentlicher Professor für Chirurgie an der militär-medizinischen Akademie bestätigt worden.

— Der ältere Arzt bei den Abteilungen für Brustkinder am St. Petersburger Findelhause, ausseretatm. Spezialist für Chirurgie bei der Heilanstalt der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Sachsen-Koburg, und Arzt des Paulinstituts, wirkl. Staatsrat Dr. Ljubimow, ist auf seine Bitte des erstgenannten Amtes enthoben worden. Zu seinem Nachfolger am Findelhause ist der ältere Arzt des St. Petersb. klinischen geburtshülflich-gynäkologischen Instituts für Arme, Staatsrat Dr. Dolinski, ernannt worden.

— Der berühmte Bakteriologe Prof. Metschnikow vom Institut Pasteur in Paris, welcher viele Jahre als Ehrenfriedensrichter der Stadt Odessa fungierte, ist bei den letzten Neuwahlen für das nächste Triennium von der reaktionären Odessaer Stadtduma herausballotiert worden.

— Am 22. März fand in der II. geburtshülflich-gynäkologischen Klinik der Wiener Universität eine Abschiedsfeier für den Direktor der Klinik Prof. Dr. Chrobak statt, der wegen Erreichung der gesetzlichen Altersgrenze in den Ruhestand getreten ist.

Nekrologe.

Verstorben sind: 1) Am 11. März in Solotonoscha (Gouv. Poltawa) der Arzt der dortigen Stadtschule, Dr. Isai Brailowski, im 51. Lebensjahre an einem Leberleiden. Der Verstorbene hatte sich nach Absolvierung des Charkower Veterinärinstituts dem Studium der Medizin an der Charkower Universität gewidmet, an welcher er 1887 den Arztgrad erlangte. Im nächsten Jahre liess er sich dann als freipraktizierender Arzt in Solotonoscha nieder, wo er auch als Schularzt unentgeltlich fungierte. Während des russisch-japanischen Krieges wurde er als Reservearzt einberufen und war in Charbin als älterer Ordinator in einem Militärhospital tätig. 2) Am 1. März in Odessa der dortige Stadtarzt Dionysius Klimenko im 63. Lebensjahre nach 35-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 3) Am 18. März in St. Petersburg der frühere Marinearzt der Baltischen Flotte Dr. Alexis Wosnessenski im Alter von 50 Jahren. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene seit 1882 ausgeübt. 4) Am 9. März in Moskau der Privatdozent für Syphilis und Hautkrankheiten an der dortigen Universität, Staatsrat Dr. Dionysius Rjeschetillo, im 63. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er bereits i. J. 1875 erlangt. 5) Am 25. März in St. Petersburg Dr. Robert Erdmann im 27. Lebensjahre. Er hat seinem Leben durch Erhängen ein Ziel gesetzt. Der Hingeschiedene war in St. Petersburg geboren und hatte an der militär-medizinischen Akademie seine medizinische Aus-

bildung erhalten. Nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1904 war er anfangs Assistent am hiesigen Evangelischen Hospital, in der letzten Zeit aber dem St. Petersburger klinischen Militärhospital zur weiteren Vervollkommnung zukommandiert.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Bezüglich der auch von uns reproduzierten Angabe einer Kiewer Zeitung, dass von den 13 in Kiew gefälschten Maturitätszeugnissen die Mehrzahl an der Dorpater Universität zur Verwendung gelangt sei, teilt der Rektor der genannten Universität, Professor E. Passek, der «Nordlivl. Ztg.» mit, dass mit dem gefälschten Maturitätszeugnis eines Gymnasiums des Kiewer Lehrbezirks nur eine Person in Dorpat angetroffen worden sei. Die Gesammtzahl der gefälschten Zeugnisse habe allerdings sechs betragen, doch stammten diese Zeugnisse fast alle (mit Ausnahme eines Kiewer und eines Libauer) aus den westlichen Gouvernements. Ueber jeden derartigen Fall sei behufs Einleitung eines strafgerichtlichen Verfahrens unverzüglich wo gehörig Mitteilung gemacht worden.

— In der militär-medizinischen Akademie werden die Examina zur Erlangung des Arztgrades in diesem Jahre vom 1. Mai an und im Herbst vom 4. September an stattfinden. Die Gesuche um Zulassung zu den Prüfungen sind vom 1.—20. April einzureichen. Externe werden nicht mehr als 30 zu den Prüfungen zugelassen werden.

— Von der Moskauer Universität sind 1300 Studenten wegen Nichtentrichtung der Kollegiengelder ausgeschlossen worden.

Standesangelegenheiten.

— Verurteilung eines Arztes. Der Moskauer Arzt Dr. Anton Tolpygo war von einem Herrn Abol beim Friedensrichter verklagt worden, weil er ihm in der Heilanstalt des Dr. Ausländer beim Durchschneiden eines Halsverbandes ins Ohr geschnitten hatte. Der Experte Dr. Postnikow sprach sich im Sinne Dr. Tolpygos aus, nämlich, dass der Patient nicht ruhig gewesen, sondern sich nervös hin und her bewegt habe und dadurch die Wunde, welche eigentlich nur eine Schramme genannt werden könne, verursacht worden sei. Nichtsdestoweniger hat der Friedensrichter den Dr. Tolpygo «für offenbare Unvorsichtigkeit und Nachlässigkeit» zu 20 Rbl. Strafe, ev. 5 Tage Arrest verurteilt. Das Moskauer Friedensrichterplenum hat dieses Urteil bestätigt, mit der Motivierung, dass Dr. Tolpygo in Anbetracht der nervösen Unruhe des Patienten zur Vorsicht den Kopf desselben durch einen Gehülfen hätte halten lassen sollen, ferner dass die Verletzung keine Schramme, sondern eine, wenn auch leichte, Wunde zu nennen sei.

— Verhaftung eines Arztes. In der vorigen Woche wurden hier von Chargen der politischen Polizei Arretierungen von Personen vorgenommen, die im Verdacht der Zugehörigkeit zur Kampforganisation der Sozialrevolutionäre stehen. Bei einer aus diesem Anlass ausgeführten Haussuchung in der Wohnung des hiesigen Arztes Leiba Fraenkel (Suworow-Prospekt Nr. 39) wurden, ausser einer grossen Anzahl verschiedener Dokumente, einige Quittungsbücher der Organisation, Protokolle der Versammlungen und einige Akten gefunden. Dr. Fraenkel ist infolgedessen in der Festung interniert worden.

— In Odessa wurde ein Ueberfall auf die Nervenheilanstalt des Dr. A. Bogrow ausgeübt. Die Angestellten der Anstalt verteidigten sich und erschossen einen Räuber und verwundeten tödlich zwei der Banditen, während die übrigen entkamen.

— Ein internationales Komitee für ärztliche Studienreisen hat sich in Berlin gebildet und Prof. v. Renvers zum Vorsitzenden und Prof. v. Leyden zum Ehrenpräsidenten gewählt. Vertreten waren neben Deutschland, Frankreich, Oesterreich-Ungarn, Grossbritanien, Griechenland, Dänemark, Schweden und Norwegen. Russland finden wir unter den beteiligten Staaten nicht angeführt. — Wie dieses internationale Komitee für ärztliche Studienreisen mitteilt, ist an die medizinische und Tages-Presse eine Notiz gelangt, in welcher bekannt gemacht wird, dass durch die Administration de l'Oeuvre d'Enseignement médical Complémentaire, 8 rue François Millet, Paris, eine «Internationale ärztliche Studienreise» vom 12.—28. April nach Italien veranstaltet wird. Es handelt sich hier um eine der von dem Reise-Unternehmer Herrn Bazot (Nicht-Arzt) auch schon früher veranstalteten Reisen französischer Aerzte, an welchen einige nichtfranzösische Aerzte teilzunehmen pflegen. Mit dem Internationalen Komitee für ärztliche Studienreisen hat das Unternehmen nichts zu tun. Die erste von diesem Komitee angeregte Fahrt, zu welcher die Aerzte aller in dem Komitee vertretenen Länder Einladungen erhalten werden, wird voraussichtlich erst im nächsten Jahre stattfinden, und zwar im Anschluss an den Internationalen Aerzte-Kongress in Pest.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Ein Baltischer Aerztekongress in Sicht. Sonntag, den 23. dieses Monats, fand in Riga unter dem Vorsitz von Dr. v. Bergmann eine Delegiertenversammlung in Sachen der Begründung eines Baltischen Aerztekongresses statt. Es nahmen daran teil als Vertreter des Livländischen Aerztevereins Dr. v. Knorre, Dr. v. Holst und Dr. A. Keilmann, aus Reval waren der Präses des Estländischen Aerztevereins Dr. von Wistinghausen, der Vizepräses desselben Vereins Dr. Weiss und Dr. Thomson als Sekretär eingetroffen, während die Aerzteschaft Kurlands durch den Präses des Mitauer Aerztevereins Dr. Otto, den Präses des Libauer Aerztevereins Dr. Zoepffel und die Herren Direktor Dr. Hildebrandt-Günthershof, sowie Kreisarzt Dr. Sadikoff vertreten war.

Das ausgearbeitete Projekt des geplanten Baltischen Aerztekongresses, der alle drei Jahre in einer der drei Gouvernementshauptstädte und ferner in Dorpat stattfinden soll, wird vor Einholung der obrigkeitlichen Bestätigung noch dem XX. Livländischen Aerztetag, der im August dieses Jahres in Riga abgehalten werden wird, zur Begutachtung vorgelegt werden. Möglichst vielseitige und vertiefte Bearbeitung aktueller wissenschaftlicher Fragen wird den Hauptzweck der geplanten Baltischen Aerztekongresse bilden.

— In Lodz hat sich ein Verein der Fabrikärzte gebildet, der sich ausser den professionellen Angelegenheiten die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse der Fabriken zur Aufgabe gestellt hat.

— Da die Veranstaltung des in diesem Jahre fälligen XI. Kongresses Russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow in Odessa wegen der dort herrschenden unruhigen politischen Verhältnisse von der Obrigkeit nicht gestattet worden ist, so beabsichtigt, wie verlautet, das Konseil der Charkower Universität um die Genehmigung anzusuchen, diesen Kongress nach Charkow einberufen zu dürfen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Aufruf zur Errichtung eines Ernst v. Bergmann-Denkmals. Auf dem XIX. Livländischen Aerztetage — 17. bis 19. August 1907 — wurde im Anschluss an die Gedenkfeier des Hinscheidens Ernst v. Bergmanns einstimmig der Beschluss gefasst, das Andenken an den einstmaligen Lehrer der Landesuniversität, an deren Blühen und Gedeihen der Verstorbene so lebhaften Anteil genommen hatte, durch Errichtung eines würdigen Denkmals zu ehren. Es wurde ins Auge gefasst, dieses Denkmal in plastischer Darstellung, und zwar im Zusammenhange mit der chirurgischen Klinik in Dorpat, als der Wiege der wissenschaftlichen Studien- und Lehrjahre des berühmten Chirurgen, zu errichten und zu diesem Zwecke eine fünfgliedrige Kommission gewählt, welche bei dem Rechte der Kooptation die Aufgabe hatte, die ersten einleitenden Schritte zu tun und weiterhin als Zentralkomitee zur Errichtung eines Ernst v. Bergmann-Denkmals zu fungieren.

Nachdem nunmehr die Allerhöchste Bestätigung und die Berechtigung zum Sammeln von Spenden zu gekennzeichnetem Zwecke in dem «Regierungs-Anzeiger» veröffentlicht worden ist, giebt das unterzeichnete Zentralkomitee, welches, um eine Mitbeteiligung sämtlicher Verehrer, Freunde, Fachkollegen und Schüler Ernst v. Bergmanns an diesem Akte pietätvoller Ehrung zu ermöglichen, bestrebt gewesen ist, auf breitester Grundlage in den Städten des In- und Auslandes die Organisierung von Zweigkomitees anzuregen, sich die Ehre, auf dem Wege der Presse auch die gesamte Einwohnerschaft von Stadt und Land um eine wirksame Unterstützung des ganzen und insbesondere der Tätigkeit der einzelnen Komitees höflichst zu ersuchen, damit dieses Werk der Pietät in würdiger Weise gefördert werde.

Etwaige Korrespondenzen sind mit dem, auf der Adresse anzugebenden Vermerk «Bergmann-Denkmal» an die chirurgische Klinik — Dorpat zu richten, Geldbeiträge den betreffenden Zahlstellen der Zweigkomitees resp. nach Dorpat der «Dorpater Bank» einzusenden.

Das Zentralkomitee:

Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Präses, Dorpat, Wallgraben 18.
Dr. H. Truhart, Vizepräses, Dorpat, Wallgraben 17.
Prof. emer. G. v. Oettingen-Dorpat, Teich-Strasse 5.
Prof. Th. O. Ewetzky-Dorpat, Augenklinik.
Dr. A. v. Bergmann-Riga, Schulen-Strasse 5.
Dr. E. Blessig-Petersburg, Mochowaja 38.
Dr. X. Dombrowsky-Petersburg, Börsenhospital.
Dr. G. Engelmann-Riga, Thronfolger-Boulevard 6.
Dr. R. v. Wistinghausen-Reval, Rosenkranz-Strasse 11.
Dr. W. Greiffenhagen-Reval, Rosenkranz-Strasse 2.
Dr. P. Klemm-Riga, Packhaus-Strasse 1.
Dr. G. Otto-Mitau, Grosse Strasse 23.
Dr. V. Zoepffel-Libau, Korn-Strasse, Haus Kuhn.
Dr. R. Otto, Kassaführer, Dorpat, Pepler-Strasse 25.
Dr. H. v. Haffner, Sekretär, Dorpat, Chirurgische Klinik.

— Eine Marmorbüste des i. J. 1892 gestorbenen berühmten Gynäkologen Prof. Dr. Credé wurde am 17. Februar im grossen Hörsaale der Frauenklinik der Universität Leipzig feierlich enthüllt. Sie ist ein Geschenk früherer Assistenten und Schüler Credés, der über 30 Jahre (1856 bis 1887) in Leipzig den Lehrstuhl für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten inne hatte.

— Eine neue «Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete» wird unter der Redaktion von Dr. Felix Blumenfeld in Wiesbaden vom April d. J. an erscheinen. Der Preis ist für den Jahrgang (alle 2 Monate ein Heft) 24 Mark.

Bf.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 22. April 1908.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 7. April 1908.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**“ war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel**, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke **E. Taeschner**, **Berlin C. 19**, Seydelstrasse 16.

(4) 0—38.

BAD KUDOWA

Reg.-Bez. Breslau
Bahnst. Kudowo oder Nachod.
400 m über dem Meeresspiegel.

Saison: Vom 1. Mai bis Oktober.

Arsen-Eisenquelle: Gegen Herz-, Blut-, Nerven- und Frauenkrankheiten.
Lithion-Quelle: Gegen Gicht, Nieren- und Blasenleiden.
Natürliche Kohlensäure- und Moorbäder.
Neu erbohrte, **ausserordentlich kohlensäurehaltige und ergiebige Quelle. Komf. Kurhotel. Theater- und Konzertsäle. Anstalt für Hydro-, Elektro- und Licht-Therapie. Medico-mechanisches Institut. Hochwasserleitung und Kanalisation.**

Badeärzte: Geh. Sanitäts-Rat Dr. Jacob, Dr. Karfunkel, Dr. Hermann, Dr. Witte, Privat Dozent Dr. Ruge, Sanitäts-Rat Kuhn, Dr. Silbermann, Dr. Münzer, Dr. Brodzki, Dr. Hirsch, Dr. Loebinger, Dr. Kabierschke, Dr. Bloch, Dr. Schnabel, Zahnarzt Dr. Wolfes.

Brunnen-Versand durch die Generalvertretung **Dr. S. Landeberg**, Berlin SW. Gitschinerstr. 107, Telephon-Amt IV 1048, und die Bade-Direktion Kudowa.

Prospekte gratis durch **sämtliche Reisebüros, RUDOLF MOSSE** und

Die Bade-Direktion.

Chemische Fabrik auf Aktien
(vorm. E. Schering) Berlin
empfiehlt

SUBLAMIN SCHERING

(Hervorragender Ersatz für Sublimat).

Ausgezeichnet durch grosse Reizlosigkeit. Tiefenwirkung und leichte Löslichkeit. Weniger toxisch als Sublimat.

Tabletten à 1 Gramm

GLUTOL SCHERING

nach Prof. Dr. Schleich
(Hervorragendes Wundheilmittel).

Literatur gratis zur Verfügung. (23) 24—15.

General-Vertrieb: Agences du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau und Moskau.
Briefadressen: **Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Pari Warschau. Agence du Laboratoire des Vaccins Paste. Paris, Moskau.**
Telegrammadressen: Pasteur, Warschau und Pasteur, Moskau



ESTORAL

einfach und angenehm zu verwendendes **Schnupfenmittel.**
Literatur: „Heilmittel-Revue“, Februar 1906.

EUNATROL

Vorzügliches **Cholagogum** bei **Gallenstein** und anderen Gallen- und Leberkrankheiten; wird besonders in Form der **Eunatrolpillen** ohne jede üble Nebenerscheinung monatelang genommen.

UROSIN

(7) 17—13.

Einziges, von Dr. Weiss, dem Erfinder der Chinasäure-Therapie empfohlenes und sicher prophylaktisch wirksames Präparat gegen **Gicht und andere harnsaure Ablagerungen.**

Den Herren Aerzten stellen wir neben Literatur auch Muster gern zur Verfügung. Bei der Bestellung wolle man sich auf Anzeige № 195 beziehen.

Bad Kissingen

Saison: Anfang April bis Ende Oktober

Rakoczy
Maxbrunnen u. Pandur
weltberühmt für
Trinkkuren
(Wasserversand)

2 Solesprudel mit hohem Kohlensäuregehalt zu Badekuren

Moorbäder, Gradierwerk, Inhalatorien, Pneumatische Kammern, Traubenkur.
Auskünfte und Prospekte: **Kurverein.**

(63) 5—1.



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.
Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,
(21) 52—13. St. Petersburg. Ofizerskaja 6, Quartier 37.

Die Haemoglobinskala von
T. W. Tallquist

zur bequemen und schnellen quantitativen Bestimmung des Haemoglobin wird schon seit lange von vielen Aerzten aller Länder angewandt. Die Genauigkeit dieser Methode, im Vergleich mit der Haemoglobinmessung mit Hilfe der Apparate von **Fleischl** und **Gower**, wird als sehr hoch anerkannt. Ein Büchlein, genügend für mehrere hundert Bestimmungen, ist an Umfang nicht grösser als ein gewöhnliches Notizbuch und kostet nur 1 Rbl. 95 Kop., bei Uebersendung per Nachnahme 1 Rbl. 95 Kop. Bei Abnahme von zehn Exp. ein Buch gratis.

Einziger Vertreter für Russland.
Buchhandlung **R. Edgren,**
(69) 1—1. St. Petersburg, Grosse Stallhofstrasse, 8.

SCHLAMM- und SEEBAD
HAPSAL

in Estland. Direkte Eisenbahn- und Dampferverbindung.

Saison vom 20. Mai bis 1. Sept.

Hervorragender Bade- und Luftkurort bei mittlerer Sommertemperatur von 17,9° C. Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Alkali-, Eisen- und kohlensaure Bäder. Kaltes Seebad, vorzüglich zur Nachkur; mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Orthopädische Anstalt, Massage, Lichtbäder. Grosse Tannen- und Fichtenwälder in unmittelbarer Nähe des Kurorts. Mit bestem Erfolge werden geheilt: Alle Formen von Rheumatismus, Gicht, chronische Frauenleiden, Skrophulose, Hautkrankheiten, chronische Knochen- und Gelenkerkrankungen. Ausserordentlich geeignet für alle Erholungsbedürftige und Kinder. Musik, Konzerte, Tanzabende, Segel- und Rudersport. Broschüre und Wohnungsauskunft durch die *Bade-Kommission.*

(54) 5—3.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 15 St. Petersburg, den 12. (25.) April. 1908.

Inhalt:

Die Neuenahrer Kur bei Diabetes mellitus.

Von

Sanitätsrat Dr. Teschemacher,

(Bad Neuenahr).

(Schluss.)

Interkurrente Krankheiten und Komplikationen.

Im Verlauf des Diabetes treten nicht selten Krankheitserscheinungen leichter und schwerer Art auf. Bereits gelegentlich der Besprechung der Anfangssymptome habe ich mehrere namhaft gemacht, so die krankhaften Erscheinungen im Nervensystem und gewisse Hautaffektionen; selbstredend kann ausser den dort genannten auch jede andere Hautkrankheit im Verlaufe des Diabetes eintreten.

Von anderen interkurrenten Krankheiten, die das Allgemeinbefinden schwer schädigen, oft sogar den tödlichen Ausgang der Krankheit herbeiführen können, sind in erster Reihe Lungenkrankheiten, speziell die Lungenphthise zu nennen. Dieselbe kommt allerdings vorwiegend bei ärmeren, schlecht genährten Individuen vor, die sich die richtige Diät schwer verschaffen können, so dass in der Badepraxis verhältnismässig wenig phthisische Diabetiker angetroffen werden. Unter meinen sämtlichen Fällen befanden sich 89 teils hochgradige Phthisiker, teils mit mehr oder weniger ausgedehnten Infiltraten und Bluthusten Behaftete, bei vier derselben bestanden ausserdem pleuritische Exsudate. Von diesen 89 starben sieben an Koma, vier an Hämoptoe, ebensoviele an Pneumonie.

Verhältnismässig häufig begegnet man Krankheiten des Zirkulationsapparates, besonders der Arteriosklerosis mit oder ohne nachweisbare Herzaffektionen. Von letzteren habe ich ca. 120 Fälle verzeichnet, und zwar vorzugsweise Herzschwäche, sodann Erweiterung und Hypertrophie des Herzens, infolge deren sich bei heruntergekommenen Kranken bedenkliche Schwächezustände und andere gefahrdrohende Erscheinungen, wie hochgradige kardiale Dyspnoe, entwickeln können. Von dieser sind wohl zu unterscheiden die meistens bei der leichten Form des Diabetes auftretenden nervösen Anfälle von Angina pectoris, deren Gutartigkeit häufig durch ihr Verschwinden bei Abnahme der Glykosurie gekennzeichnet wird.

Was die Arteriosklerosis anbetrifft, so begegnet man derselben ebenso wie bei Nichtdiabetikern, am häufigsten im vorgerückten Alter. Ich habe sie vornehmlich bei wohlgenährten und zur Gicht disponierten Kranken gefunden, die nebenbei grosse Esser und dem Alkoholgenuss zugetan waren. Im Zusammenhang mit diesem Entartungsprozess grosser und kleinster Arterien stehen die gangränösen Entzündungen vorzugsweise der Haut der Unterextremitäten. Sie kommen fast ausnahmsweise bei älteren Individuen vor und können wenn sie nicht als diabetische erkannt und behandelt werden, das Leben der Kranken in grosse Gefahr bringen. Oft wird auch durch das Auftreten von Gangrän an den Zehen bei anscheinend ganz gesunden Personen zu richtiger Diagnose Veranlassung gegeben. Bei einigen derartigen Kranken, die ich mehrere Jahre hintereinander zu behandeln hatte, machte ich die Beobachtung, dass sowohl

Parästhesien (Kribbeln, Taubsein, Pelzigsein etc.) als auch heftige Neuralgien in den Unterschenkeln und Füssen, dem Auftreten der Zehengangrän längere Zeit vorausgingen. — Phlebitis und Thrombose der Kruralvenen habe ich im Verlauf der Krankheit in sieben Fällen beobachtet. — An dieser Stelle ist auch das seltene, von mir fünfmal beobachtete Malum perforans pedis zu erwähnen.

Ganz besonders häufig kommt Albuminurie vor. So habe ich bei 534 Diabetikern, also fast in jedem vierten Falle, Eiweiss im Harn nachweisen können. Nach meiner Erfahrung tritt die Albuminurie seltener in frischen Fällen auf, als in solchen, die schon einige Jahre bestanden haben, ferner häufiger bei älteren als bei jüngeren Individuen. Sie ist keineswegs ein so schlimmes Krankheitssymptom, wie man früher allgemein annahm, da Albuminurie infolge chronischer Nierenentzündung bei Diabetes nicht aussergewöhnlich häufig vorkommt [9]. Wodurch die nicht auf Nephritis chronica beruhende Eiweissausscheidung bedingt wird, ist noch nicht völlig aufgeklärt. Zum Teil beruht sie wohl auf Ernährungsstörungen in den Epithelien der Harnkanälchen, die ihren Grund in Zirkulationsstörungen innerhalb der Nieren haben, wie solche bei krankhafter Blutbeschaffenheit und mangelnder Herztätigkeit vorkommen (Senator). Auch die Arteriosklerose hat mutmasslich in manchen Fällen einen hervorragenden Anteil an dieser Erscheinung. Dass dieselbe auch von einer Reizung der Harnkanälchen durch den zuckerhaltigen Urin abhängen kann, geht daraus hervor, dass leichte Albuminurie in Fällen von starkem Zuckergehalt und starker Polyurie mit der Abnahme dieser Erscheinungen nicht selten von selbst verschwindet. Vorübergehende Eiweissausscheidungen treten sogar hin und wieder lediglich infolge zu reichlichen Genusses roher Eier auf, was selbst bei ganz gesunden Menschen vorkommen kann — eine Erscheinung, die mit Aenderung der Diät alsbald aufzuhören pflegt.

Krankhafte Veränderungen der Leber habe ich in etwa 170 Fällen angetroffen, meistens bestanden dieselben in einer mehr oder weniger starken Anschwellung des Organs und kamen besonders häufig bei gut genährten bezw. fettleibigen Diabetikern, also vorzugsweise bei der leichten Form vor. In 21 Fällen konnten Cirrhose und Tumoren maligner Art nachgewiesen werden. Ob diese Komplikationen auf den Diabetes zurückzuführen waren. wage ich nicht zu behaupten, da einfache Leberanschwellung bei fetten, im übrigen gesunden Personen nicht zu den Seltenheiten gehört.

Magen- und Darmkatarrhe kommen, trotzdem glücklicherweise die Verdauungsorgane der Zuckerkranken durchweg vorzüglich funktionieren, infolge allzu reichlicher Mahlzeiten, besonders übermässigen Fleischgenusses, nicht selten vor. Wenn dieselben auch in leichten Fällen ohne Bedeutung zu sein pflegen, so verhält sich dies ganz anders bei der schweren Form der Krankheit. Derartige Verdauungsstörungen, nämlich Uebelkeit, Magendruck, der sich zu empfindlichen Schmerzen steigern kann, trockene, belegte Zunge, Flatulenz, hartnäckige Verstopfung u. s. w. sind Erscheinungen, durch die nach meiner Erfahrung sehr häufig das gefürchtete Koma eingeleitet wird. Tritt zeitig reichlicher Stuhlgang ein, wonach sich auch die Magenbeschwerden zu bessern pflegen, so wird man häufig die Gefahr vorübergehen sehen. Eine derartige hartnäckige Konstipation, die meines Erachtens bei Diabetikern oftmals auf einer lähmungsartigen Schwäche der Darmmuskulatur beruht und den stärksten Abführmitteln widersteht, kann Patienten und Arzt zur Verzweiflung bringen. Tritt endlich die ersehnte Wirkung ein, so erfolgt sie infolge der grossen Dosen genossener Purgantien häufig in so drastischer Weise, dass geschwächte Kranke dem Kollaps nahe kommen, ja demselben erliegen können.

Sehstörungen kommen bei längerer Dauer der Krankheit häufig vor, nicht selten sind sie das erste Symptom derselben, welches die Kranken zum Augenarzt führt, so dass auf diese Weise der Diabetes entdeckt wird. Es handelt sich hierbei, wie bekannt, um Linsentrübungen, Erkrankungen der Retina, und in seltenen Fällen um Augenmuskellähmungen. Nach meiner Erfahrung, die sich allerdings nur auf die verhältnismässig kurze Zeit eines Badeaufenthalts erstreckt, scheint eine vollständige Rückbildung dieser Affektionen im ganzen selten zu sein und längere Zeit in Anspruch zu nehmen.

Eine sehr wichtige und äusserst gefährliche Komplikation ist das diabetische Koma, das ich in 81 Fällen beobachtet habe. Selten ohne Vorboten, meistens nach mehrtägigem Uebelbefinden, zumal nach Verdauungsstörungen oder körperlicher Ueberanstrengung, verfallen die Kranken in den bekannten Zustand, den man mit Koma diabeticum bezeichnet. Entweder liegen sie still und apathisch da, ohne auf äussere Reize zu reagieren, oder sie werfen sich stöhnend hin und her. Die Haut ist dabei meist kühl und blass, der Puls klein und beschleunigt, die Atmung eigentümlich tief und frequent. Der Atem riecht häufig nach Aether oder Chloroform. In allen derartig ausgebildeten Fällen tritt gewöhnlich innerhalb zweimal 24 Stunden der Tod ein. Alle dagegen empfohlenen Heilmittel erwiesen sich mir als machtlos; auch von Glukonsäure, mit und ohne Natr. bicarb., die ich in einem Fall anwandte, sowie von Tag und Nacht fortgesetzten Sauerstoffinhalationen sah ich nur ganz vorübergehende Besserung.

Plötzlichen Tod infolge von Herzlähmung habe ich nur zweimal beobachtet; wenn man die Zeichen des Koma kennt, sind sie mit derselben nicht leicht zu verwechseln. — Schwieriger dagegen ist in den mit Schrumpfniere komplizierten Fällen die Differentialdiagnose zwischen urämischem und diabetischem Koma. In solchen zweifelhaften Fällen geben die klonischen Krämpfe, die ich im Koma diabeticum niemals gesehen habe, bei Urämie aber nur selten ausbleiben, den richtigen Fingerzeig, wie dies in drei von mir beobachteten Fällen, von denen zwei tötlich endeten, geschah.

Heilbarkeit der Zuckerharnruhr.

Von vielen Seiten kann man die Behauptung hören, dass der Diabetes nicht heilbar sei, dass die Krankheit im günstigsten Falle jahrelang latent bleiben könne, über kurz oder lang aber sich unfehlbar wieder einstelle. Diese Behauptung ist unrichtig; die Zuckerharnruhr ist, wenn auch in seltenen Fällen, heilbar, und jeder Arzt, der eine grössere Anzahl von Diabetikern zu behandeln Gelegenheit hatte, wird einen oder den anderen Fall anführen können, in welchem völlige Heilung eintrat und der Kranke bis zu seinem Lebensende alle beliebigen Speisen, selbst Zucker ohne Nachteil geniessen konnte. Auch ich habe einige derartige Fälle aus meiner Praxis zu verzeichnen, und würde wahrscheinlich noch weitere anführen können, wenn es nicht die Stellung des Badearztes mit sich brächte, dass er die Verbindung mit seinen Patienten über kurz oder lang verliert und über deren weiteres Ergehen nichts mehr erfährt. In dem ersten dieser Fälle hat die Heilung elf, in dem zweiten zehn Jahre gedauert, in einem dritten Falle ist die Kranke noch am Leben und erfreut sich einer blühenden Gesundheit.

---

[9]) Bemerkenswert ist die Erscheinung, dass die Glykosurie bei gleichzeitiger fortschreitender Nierenerkrankung nicht selten bis auf Spuren und selbst völlig verschwinden kann.

Der erste Fall betrifft einen 50-jährigen Lehrer, bei dem die Krankheit nachweislich etwa drei Monate bestanden hatte; eine bestimmte Ursache, mit Ausnahme häufiger, lange dauernder Magenkatarrhe, war nicht festzustellen. Durst und Polyurie waren ziemlich bedeutend, der Zuckergehalt des Harns betrug 4 pCt. der Kräftezustand war im übrigen gut. Nach vierzehntägigem Kurgebrauch verschwand der Zucker und ist seit jener Zeit nicht wiedergekehrt. Den ganzen Sommer über hielt Patient die vorgeschriebene Diät bei; nachdem er aber im Herbst zu Hause noch 50 Flaschen Neuenahrer Sprudel getrunken hatte, kehrte er allmälig zur gemischten Diät zurück. ohne dass jemals wieder eine Spur Zucker nachgewiesen werden konnte. Noch elf Jahre später ist er nach den letzten, damals von ihm erhaltenen Nachrichten völlig gesund geblieben, auch an Magenkatarrhen hat er nie mehr gelitten.

Frau D, 60 Jahre alt, hatte nie schwerere Krankheiten zu bestehen und erfreute sich bis zum Winter 1885/86 einer guten Gesundheit. Um diese Zeit stellte sich Durst und Polyurie ein, zu gleicher Zeit machte sich verminderte Esslust, Druck und Spannung in der Magengrube, saures Aufstossen etc. bemerkbar. Die Harnuntersuchung ergab 6 pCt. Zucker, ein Prozentsatz, der zufolge mehrerer im Laufe des Winters angestellter Analysen sogar öfter überschritten wurde. Das Heilverfahren bestand in Verordnung von 30 Flaschen Neuenahrer Sprudels, welchen die Pat. vor ihrer Ankunft in Neuenahr getrunken hatte. — Bei der Untersuchung der gut genährten, sich ganz wohlfühlenden Patientin, die auch nicht mehr über Durst und Polyurie zu klagen hatte, fand sich nichts Krankhaftes mit Ausnahme der Zeichen eines unbedeutenden Magenkatarrhs. Auch die Urinanalyse, durch welche ca. 6 Wochen vorher noch etwa 6 pCt. Zucker nachgewiesen waren, ergab ein vollständig negatives Resultat, auch wurde seit dieser Zeit kein Zucker mehr aufgefunden bis zu ihrem 10 Jahre später an Lungenentzündung erfolgten Tode.

Komtesse v. N., 13 Jahre alt, kam in demselben Jahre in meine Behandlung. Sie war ein für ihr Alter sehr gut entwickeltes, kräftiges Mädchen, bei der nichts Krankhaftes nachzuweisen war, mit Ausnahme einer Disposition zu Magenkatarrhen. Da dieselben in der letzten Zeit sehr häufig wiederkehrten, hatte der Arzt den Urin untersucht und während des Winters wiederholt Zucker nachgewiesen, ein Befund, der auch jedesmal durch den Apotheker am Ort bestätigt wurde. Wie hoch der Prozentgehalt gewesen war, habe ich nicht erfahren können. Während ihrer vierwöchigen Kur hierselbst habe ich unter 6 Analysen anfänglich nur Spuren, später gar keinen Zucker mehr nachweisen können, trotzdem die Diät beim Schluss der Kur eine sehr liberale gewesen war; seit jener Zeit blieb der Zucker verschwunden [10]).

Mehrere andere Fälle könnte ich noch anführen, in denen die Patienten mehrere Jahre lang bei beliebiger Kost gesund blieben, bei denen sich aber später entweder nach heftigen Gemütsbewegungen oder nach übermässigem Genuss zuckerhaltiger Nahrung die latent gewesene Glykosurie wieder einstellte.

Prognose.

Was im allgemeinen die Prognose bei der Zuckerruhr anbetrifft, so hängt dieselbe von folgenden Umständen ab. Vor allen Dingen kommt es darauf an, ob der betreffende Fall zur schweren oder leichten Form gehört. In letzterem Falle verschwindet der Zucker bei rationeller Diät vollständig; es wird ausserdem durch den Gebrauch des Neuenahrer Sprudels an Ort und Stelle das Assimilationsvermögen für Kohlehydrate vermehrt, so dass es dem Patienten in die Hand gegeben ist, durch geeignete Lebensweise und eventuelle Wiederholung der Kur sich für lange Zeit bei relativ günstigem Wohlbefinden zu erhalten. Wenn man gerade Kranke dieser Art oft über die grosse Entsagung klagen hört, die ihnen durch Befolgung der Diät auferlegt sei, so mögen dieselben bedenken, dass — unter andern — Magenkranke oft jahrelang zu einem weit strengeren Regimen verurteilt sind, und dass, abgesehen vom Punkte der Diät, sie sich viel mehr erlauben dürfen, als Kranke, die mit Lungen-, Herz- und sonstigen Affektionen behaftet sind.

[10]) Siehe auch den anfangs erwähnten, vermutlich auf Lues zurückzuführenden Fall.

Was die schwere Form anbetrifft, so giebt es Fälle, in denen die Krankheit, besonders bei jugendlichen Individuen, einen äusserst rapiden Verlauf nimmt und in einigen Monaten, ja Wochen tödtlich enden kann. Dagegen habe ich wieder andere Fälle gesehen, in denen die Kranken trotz jahrelang dauernder Glykosurie von 2—4% und mehr wohlgenährt und gut bei Kräften waren, hier und da sogar an Körpergewicht zugenommen hatten. Sehr viel kommt, wie schon anfangs erwähnt, auf das Alter an. Bei Diabetikern im 50. Lebensjahre und darüber nehmen selbst schwere Fälle einen langsamen Verlauf und können sich jahrelang hinziehen, bis durch Komplikationen, wie Gangrän, Herzschwäche, Apoplexie, Krankheiten der Atmungsorgane u. s. w., das Ende herbeigeführt wird. Dagegen ist das jugendliche Alter etwa bis zum Ende der 20-er Jahre das Alter der akut bezw. subakut verlaufenden Fälle, mit trockener Zunge, verzehrendem Durst, unstillbarer Esslust, hochgradiger Abmagerung, Herzschwäche und Mattigkeit. Die Urinuntersuchung ergiebt starke Eisenchloridreaktion, und fast ausnahmslos erfolgt der Tod durch Koma.

Acidosis. — Fehlen des Kniephänomens. — Schwangerschaft.

Die Anwesenheit grösserer Mengen von Aceton und Acetessigsäure im Harn muss mit Recht als ein übles Zeichen gelten, zumal da sie vorwiegend bei der schweren Form jugendlicher Individuen beobachtet wird und, wie oben gesagt, häufig zum Koma führt. Um der dadurch bedingten beginnenden Säurevergiftung, den sogenannten Acidosis, wirksam entgegenzutreten, wird man gut daran tun, unausgesetzt grössere Gaben Natr. bicarb. (50 gr. täglich) allein oder mit Natr. citric. a. a, zu verabfolgen, bei drohendem Koma diese Dosis selbst auf 100 gr. und darüber zu steigern, ausserdem die Fleischkost möglichst zu reduzieren und Kohlehydrate in grösserer Menge zu verabreichen. — Ein fast nie versagendes Mittel, die Bildung der Acetonkörper in wünschenswerter Weise zu beschränken oder gänzlich zum Verschwinden zu bringen, ist die Verabreichung von Hafermehl. Prof. v. Noorden sah in seltenen Fällen nebenbei auch die Glykosurie verschwinden. Wenn nun seit der Veröffentlichung seiner Beobachtungen (Berl. klin. Wochenschr., 1904, Nr. 36) von manchen Aerzten unterschiedlos bei ihren Patienten eine Haferkur angeordnet wird, so wird darin — oftmals zum Schaden der Kranken — viel zu weit gegangen, da man dabei in den meisten Fällen eine Steigerung der Zuckerausscheidung erlebt. Derartige fortgesetzte Haferkuren können nur unter sorgfältiger Ueberwachung in einer Heilanstalt durchgeführt werden. — Uebrigens sah ich nicht selten beträchtliche Mengen von Aceton bezw. Acetessigräure von selbst allmählich verschwinden ohne Aenderung der Diät oder sonstige medikamentöse Verordnungen, anderseits habe ich eine Anzahl derartiger Kranken behandelt, die während ihrer hiesigen Kur die ominöse Eisenchloridreaktion nicht aus dem Urin verloren, die aber trotz interkurrenter fieberhafter Erkrankungen dem Koma nicht verfielen.

Besonders ist mir ein Fall erinnerlich, der einen 29-jährigen Engländer betraf, dessen Zuckergehalt zwischen 2,5 und 4 pCt. bei 2200 bis 2500 ccm. 24stündiger Harnmenge schwankte. Vom ersten Tage an war reichlich Acetessigsäure nachweisbar bis zu seinem nach zwei Monaten erfolgenden Tod an Bronchopneumonie. Als derselbe unter Schüttelfrost mit hohem Fieber erkrankte, erwartete ich von Tag zu Tag das gefürchtete Koma ausbrechen zu sehen, jedoch war diese Befürchtung grundlos — Patient starb nach 14 Tagen an akutem Lungenödem.

In dem Auftreten der Acetonkörper ist übrigens noch manches rätselhaft. So geht die Menge derselben durchaus nicht parallel mit der Zuckermenge, auch beobachtet man zuweilen noch starke Eisenchloridreaktion, wenn der Zucker bis auf Spuren oder völlig verschwunden ist, wie ich dies im verflossenen Sommer noch mehrfach feststellen konnte. Bemerkenswert ist folgender Fall, der auf die Entstehung der Acetonkörper auch aus anderer Quelle hinweist:

Eine Dame aus dem Ausland, die seit neun Jahren fast alljährlich die Kur in Neuenahr gebraucht, kommt gewöhnlich mit einem beträchtlichen Prozentsatz Zucker hier an; derselbe verschwindet im Verlauf der Kur vollständig. Vor drei Jahren zeigte der Urin zum ersten mal hier und da eine sehr leichte Eisenchloridreaktion. Bei Beendigung der Kur war die Patientin zuckerfrei, Eisenchloridreaktion war nicht mehr nachweisbbar. Eine 6 Wochen später mir aus der Heimat zugesandte Analyse besagte: Zucker in Spuren, Aceton und Acetessigsäure in bedeutender Quantität. — Die späteren, alle 3 Wochen vorgenommenen Analysen hatten folgendes Resultat (bei gleichbleibender Diät):

Zucker	4%,	Aceton	und	Acetessigsäure	nicht nachweisbar.
»	2%,	»	»	»	vorhanden in grosser Menge.
»	1,8%,	»	»	»	do.
»	1,6%,	»	»	»	do.
»	2.5%,	»	»	»	do.
»	1,7%,	»	»	»	in unbedeutender Menge.
»	1,5%,	»	»	»	in geringer Menge.
»	1,9%,	»	»	»	nicht vorhanden.

Bei der dritten bis inkl. sechsten Analyse war dabei von dem Chemiker ein ungewöhnlich starker Indikangehalt vermerkt. Während der ganzen Zeit der Acetonurie hatte Patientin an einem Magen- und Darmkatarrh gelitten, der in hartnäckiger, zeitweise durch Diarrhöen unterbrochener Verstopfung bestand. Es liegt nun die Vermutung nahe, dass sich im Darmkanal perverse Umwandlungsprozesse abgespielt haben — wofür auch das Auftreten von Indikan spricht —, welche in diesem Falle Anlass zu Bildung der Acetonkörper gewesen sind [11]).

Das Fehlen des Kniephänomens, das man vor noch nicht langer Zeit als ein Zeichen der schweren Form ansah, verdient diesen Ruf ganz und gar nicht. Man findet es in jeder Altersperiode, zumeist aber im vorgeschrittenen Lebensalter, also in an und für sich gelinde verlaufenden Fällen, ausserdem habe ich die Sehnenreflexe öfters bei solchen Personen vergeblich gesucht, die mit Ausnahme einer geringen, leicht zu unterdrückenden Zuckerausscheidung sich des besten Wohlseins erfreuten, von denen u. a. einer, ein vierzigjähriger Lehrer, sogar eine herkulisch entwickelte Muskulatur besass.

Von grosser Wichtigkeit ist es ferner, ob der Kranke die diätetischen Vorschriften befolgt oder nicht. Hierbei kommen auch die äusseren Verhältnisse desselben in Betracht, da diejenigen, die in pekuniär beschränkter Lage sich befinden, unter sonst gleichen Umständen der Krankheit schneller erliegen werden als Bemittelte, denen die Befolgung einer zweckmässigen Lebensweise keine grossen Geldopfer auferlegt. Trotzdem aber vergehen auch diese sich häufig in unverantwortlicher Weise gegen die Diät, besonders weibliche Kranke, die ich öfters habe erklären hören, dass sie lieber sterben, als zeitlebens auf diesen oder jenen Leckerbissen verzichten möchten. Derartige Kranke sind in ihren Aussagen dem Arzte gegenüber durchaus unzuverlässig. Es ist mir öfters begegnet, dass ein solcher Patient, wegen einer unerwartet ungünstigen Harnanalyse über die Diät befragt, aufs heiligste beteuerte, nicht den geringsten Diätfehler begangen zu haben, während ich kurz darauf zufällig seitens seiner Tischnachbarn hörte, dass er in unglaublicher Weise im Genuss von Backwerk, Süssigkeiten u. s. w. sich gegen die ärztlichen Vorschriften vergangen hatte.

Sodann ist von grosser Bedeutung für die Prognose, ob die Krankheit rechtzeitig erkannt wird, da unter diesen Umständen die Chancen für einen leichten Verlauf ungleich günstiger sind als in Fällen von nachweislich mehrjähriger Dauer, nachdem sich schon die eine oder andere der oben genannten Komplikationen eingestellt hat.

Einen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf des Diabetes pflegt auch die Schwangerschaft auszuüben. Meistens nämlich tritt Partus praematurus ein, wodurch einerseits schon an und für sich dem Leben der Kranken Gefahr droht, anderseits infolge der dadurch bedingten Schwächung des Organismus die bisherige leichte Form plötzlich in die schwere verwandelt werden kann. Fünf Fälle habe ich allerdings notiert, in denen die Schwangerschaft bis zur richtigen Zeit ungestört verlief, und gesunde Kinder geboren wurden. In einem derselben kam die Kranke sogar dreimal mit ausgetragenen Kindern nieder, im dritten Wochenbett jedoch trat eine rapide Verschlimmerung ein, welcher die Patientin rasch erlegen ist.

Trotz des meist ungünstigen Verlaufes der Zuckerharnruhr und der vielen gefährlichen Klippen, die das Lebensschiff des Diabetikers bedrohen, gestaltet sich im übrigen die Zukunft desselben nicht so hoffnungslos, wie man dies von vielen Seiten zu hören gewohnt ist. „Wenn man, was nicht selten vorkommt, die Meinung ausspricht, jede Heilkunde sei dem Diabetes gegenüber ohnmächtig, so ist dies ein Irrtum. Die Heilkunde vermag unter günstigen Umständen das Leben wesentlich zu verlängern, bei älteren Kranken nicht selten bis zum gewöhnlichen Lebensziel. Ich habe Kranke dieser Art 10, 12, 16, ja einmal 20 Jahre behandelt, bis durch Gefässatheromatose, Apoplexie oder Nierenleiden das Ende erfolgte. Die Heilkunde hat dem Diabetes gegenüber mindestens ebensoviele Hilfsquellen und Erfolge aufzuweisen, wie bei der Gicht, dem Lungenemphysem, langwierigen Nierenkrankheiten und ähnlichen Vorgängen". (Vergl. von Frerichs, Ueber den Diabetes. Berlin. A. Hirschwald. 1884).

[11]) Auf diese Quelle der Acetonurie haben bereits andere Forscher aufmerksam gemacht.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Bidder, Hebammenlehrbuch (russisch) 7. Auflage. Verbessert und ergänzt von Beckmann.

Als ich erfuhr, dass dieses Jahr eine neue Auflage des Bidderschen mit Recht so geschätzten Lehrbuches erscheinen würde, freute ich mich aufrichtig darüber, da dasselbe in russischer Sprache das einzige wirklich taugliche darstellt — der Dobrynin leidet z. B. an einer unausstehlichen Breite und zum Teil recht wenig wissenschaftlichen Behandlung seines Stoffes — und hoffte, die Mängel welche in meinen Augen auch dem Bidder'schen Lehrbuch anhafteten, würden jetzt endlich beseitigt werden.

Als einen der grössten dieser Mängel habe ich es empfunden, dass die Blutungen in der Nachgeburtsperiode nicht einheitlich in einem besonderen Kapitel und mit Hervorhebung der Differentialdiagnose zwischen Atonien vor Austreibung der Placenta und Rissblutungen, sowie den Atonien nach Entfernung der Placenta behandelt worden sind. Leider hat aber Beckmann die zerstreute Behandlung der verschiedenen Blutungen beibehalten, während doch vorbildlich für eine zusammenfassende Darstellung das betreffende Kapitel im preussischen Hebammenlehrbuch hätte sein können.

Die Blutungen sind so ziemlich der einzige gefahrdrohende Zustand während einer Geburt, wo die Hebamme selbsttätig lebensrettend einzugreifen vermag und es auch soll. Sie muss daher genau den physiolog. Blutverlust in der Nachgeburtsperiode beurteilen können und auch im Stande sein sich beim Auftreten einer stärkeren Blutung über die Pro-

venienz derselben schnell und sicher Klarheit zu verschaffen. Ihr muss daher auch der physiologische Vorgang bei einer normalen Nachgeburtsperiode vollkommen in Fleisch und Blut übergegangen sein. Es wäre daher meinem Dafürhalten nach rationell gewesen sich bei Besprechung der normalen Nachgeburtsperiode auch nur auf diese zu beschränken, damit das Bild der normalen 3. Geburtsperiode sich der Schülerin desto fester einprägt, während die path. Blutung eben in einem anderen die Pathologie der Geburt behandelnden Abschnitt besprochen werden muss. Uebrigens möchte ich auch davor warnen den Schülerinnen es anheim zu geben bei langsamer Lösung die Zusammenziehungen durch Druck auf den Uterus zu unterstützen. Dadurch wird nur einer unregelmässigen Lösung und damit Blutungen Vorschub geleistet. Die Hebamme soll nur mit leicht aufgelegter Hand den Stand des Fundus kontrolleren und, erst nach sicherer Lösung der Placenta, darf sie, falls auf Pressen letztere nicht austritt durch Hinunterdrücken des Corpus uteri die Placenta durch den Durchtrittsschlauch hinausdrücken. Das ist aber kein Credé!

Den Credé d. h. die Lösung der adhärenten Placenta durch Druck auf den Uterus soll sie nur bei Blutungen und in den seltenen Fällen wo nach Verlauf von längerer Zeit die Wehen allein die Placenta nicht haben lösen können, vornehmen und es ist daher rationell ihr eine bestimmte Zeit und zwar wenigstens eine Stunde als feststehende Richtschnur zu geben wie lang sie zu warten hat, und es nicht ihrem Ermessen zu überlassen nach 1/2 oder 3/4 Stunden zur Entfernung zu schreiten.

Ein weiterer Punkt den ich gern in der neuen Auflage hätte vermieden sehen mögen, ja der in der alten Auflage vermieden war, ist die Unterlassung der Trennung von absolut wissenswerten Tatsachen von Unwesentlichem durch verschiedene Schrift, besonders auch im Hinblick darauf. dass das Lehrbuch Vieles enthält, was zwar nach dem «Ustaw» die «Akuscherka» wissen muss, von dem sich aber die «Powiwalnaja babka» keinen Begriff machen kann. Das Lehrbuch muss ihr ein Freund sein, bei dem sie sich vollkommen zu Hause fühlt und bei dem sie stets Rat findet, dessen Worte sich ihr in der Gesamtheit einprägen müssen und welcher weder zu wenig aber auch nicht zu viel sagen darf.

Da ja das Lehrbuch jetzt auch auf den Lehrplan zur Ausbildung der «Akuscherka» erweitert worden ist. so hätte das Wissenswerte für die Hebammen der 2. Kategorie, womit zugleich überhaupt das Notwendigste gelehrt wird, gross gedruckt sein müssen. Das Beiwerk für den Titel «Akuscherka» hätte als Kleingedrucktes ebensogut seinen Zweck erfüllt. Um nur ein Beispiel zu geben: Was soll sich die arme «Powiwalnaja babka» ja selbst die «Akuscherka» unter einer Grösse von 0,02—0,027 Mm. Durchmesser bei der Knorpelzelle vorstellen?

Ferner kann ich mich auch nicht mit den Vorschriften über Desinfektion der Hände einverstanden erklären. Vorher das Nagelbett reinigen und dann nur 5 Minuten waschen ist durchaus ungenügend: auch ist wohl ganz allgemein angenommen vor Reinigung des Nagelbettes die Haut durch 5 Minuten langes Waschen vom Gröbsten zu reinigen und zu erweichen, dann wird der gelockerte und erweichte Schmutz mit der obersten Epitelschicht durch den Nagelreiniger entfernt und dann werden die Hände wiederum mit neuer gekochter Bürste mindestens 5 Minuten gewaschen. So soll und muss die Schülerin es auf dem Gebärsaal lernen; liest sie dann die so stark abgeschwächten Vorschriften in ihrem Lehrbuch, das ihre, sit venia verbo, Bibel sein soll so wird sie nur verleitet auf die Desinfektion überhaupt mit Nichtachtung zu sehen.

Und zum Schluss noch ein paar Worte zum Kapitel über die Säuglingsernährung, dessen ausführliche Behandlung ja nur mit Dank begrüsst werden kann, wobei ich es aber nicht unterlassen darf, auch hier mir einige Bemerkungen zu erlauben. Ein 2-stündliches Anlegen des Kindes an die Brust wird heute wohl mit Recht für verfehlt gehalten und 2-stündige Ernährung mit Kuhmilch ist wohl direkt als Kunstfehler anzusehen. Vor 3 Stunden soll dem ausgetragenen Kinde niemals neue Nahrung zugeführt werden. Ferner dürfte man heutzutage die Milch nicht mehr 35–40 Minuten kochen, sondern hält 5 allenfalls 10 Minuten für durchaus genügend, wobei das Schwergewicht auf eine Aufbewahrung an kühlem Orte und möglichst reine Gewinnung der Milch resp. sofortiges Aufkochen nach dem Melken zu legen ist da eine starke Tiefkühlung, was ja das Beste zur Aufbewahrung sich nur selten durchführen lässt. Auch würde ich bei einer neuen Auflage vorschlagen die Erörterung über Untersuchung der Brustmilch ganz weg zu lassen, da es sich ja zur Evidenz erwiesen, dass selbst wir Aerzte mit derselben eigentlich nur in den seltensten Fällen etwas anfangen können; dafür müsste aber das Schwergewicht auf regelmässige Wägung des Neugeborenen gelegt werden.

Für Beurteilung einer Amme ist wohl in erster Linie der Zustand ihres Kindes und der Milchmenge ausschlaggebend, nicht aber die so veränderliche chemische Beschaffenheit.

Ich wünsche dem alten Lehrbuch auch in seiner neuen Gestalt recht viel neue Freunde und hoffe, dass der Herr Bearbeiter meine Wünsche einer freundlichen Erwägung unterziehen wird.

Christiani, Libau.

Prof. R. von Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis. 13 vermehrte Auflage, herausgegeben von Priv.-Doz. A. Fuchs in Wien. Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1907.

Das berühmte Werk liegt in einer Neuauflage vor, der vom Bearbeiter nur unwesentliche Ergänzungen beigefügt worden sind, die dem hinterlassenen kasuistischen Material des verew. Verf. selbst entstammen und von ihm für eine neue Auflage seines Buches vorbereitet worden waren. Ausserdem ist noch ein Register am Schlusse hinzugekommen, sodass das Buch jetzt 452 Seiten gegen 442 S. der VIII. Aufl. von 1893 z. B. umfasst. Ueber das Werk was Neues sagen zu wollen, hiesse Eulen nach Athen tragen. Es sei hiermit nur die Aufmerksamkeit auf die neue Auflage gelenkt.

W. Schiele.

Folia Urologica. Internationales Archiv für die Krankheiten der Harnorgane. Herausgegeben von James Israel in Berlin, Artur Kollmann, Leipzig, Gustav Kulisch, Halle, Paul Wagner, Leipzig. Bl. 1. Nr. 2. September 1907. Verl. von Dr. W. Klinkhardt in Leipzig. Pr. Mk. 25 für 1 Bd. von 60 Bogen.

Uns liegt die Nr. 2 dieser neuen interessanten Zeitschrift vor, die unter Beteiligung zahlreicher Mitarbeiter in den verschiedensten Ländern von oben gen. Autoren herausgegeben wird. Die Nummer enthält 5 Originalartikel, von F. Cathelin in Paris über die chirurgische Behandlung der Nierentuberkulose, von G. Conforti und Favente in Triest über Prostatasarkom, von Goldschmidt in Berlin über Irrigations-Urethroskopie (Schluss), von J. Klimof in St. Petersburg über chron. Nierenerkrankungen im Kindesalter und von E. Sagallof in Moskau über Diabetes insipidus. Die Artikel sind durchaus gediegen und inhaltreich, die Ausstattung der Zeitschrift und die Abbildungen sind vorzüglich. Am Schlusse eines jeden Artikels, der deutsch, französisch, englisch oder italienisch abgefasst sein darf, findet sich ein kurzes Referat in all' den genannten 4 Sprachen. Die neue Zeitschrift verdient alles Interesse der Spezialisten und wird ohne Frage sich bald viele Freunde erwerben.

W. Schiele.

Prof. L. Burkhardt und Priv.-Doz. O. Polano: Die Untersuchungsmethoden und Erkrankungen der männlichen und weiblichen Harnorgane für Aerzte und Studierende in XVII Vorlesungen. Mit 105 Abbildungen im Text und 3 farbigen Tafeln. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1908.

Die Vorlesungen sind von den Verf. gemeinschaftlich an der chirurg. und gynäkolog. Klinik in Würzburg gehalten worden und haben sie bei der Herausgabe vorwiegend an die Bedürfnisse der Studierenden und praktischen Aerzte gedacht, denen eine kurze zusammenfassende Darstellung der neuesten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Harnorgane geboten werden sollte. Diese Aufgaben haben die Verfasser sehr glücklich gelöst, das Buch umfasst nur 352 Seiten und doch ist alles Wesentliche in Berücksichtigung gezogen. Ein besonderer Vorzug des Werkes ist es, dass in ihm die Erkrankungen der weiblichen und männlichen Harnorgane parallel im Zusammenhang dargestellt sind, das Gemeinsame das sie bieten und die Unterschiede kommen so bedeutend besser zur Perzeption. Ferner trägt zur Uebersichtlichkeit wesentlich bei die zusammenfassende Behandlung der Beteiligung aller Harnorgane an den spezifischen Leiden, Lues, Tuberkulose etc. Auch Spezialisten werden zur Orientierung das Werk mit Vorteil zur Hand nehmen. Das Neueste auf allen Gebieten ist in Berücksichtigung gezogen. Ausstattung, nichtfarbige und farbige (kystoskopische) Bilder sind mustergültig. Das Buch kann bestens empfohlen werden und wird ein jeder es mit Verteil und Vergnügen lesen.

W. Schiele.

Prof. Dr. Th. Axenfeld (Freiburg i. Br.): Die Bakteriologie in der Augenheilkunde. Mit 87 z. T. farbigen Tafeln und einer Tabelle. Jena. G. Fischer. 1907.

Die vom Verfasser i. J. 1903 für das grosse «Handbuch der pathogenen Mikroorganismen» von Wassermann und Kolle gelieferte «spezielle Bakteriologie des Auges» (s. diese Wochenschrift 1903 pg. 388) liegt hier in erweiterter Form und neuer Bearbeitung vor. War dort mehr auf das Interesse des Bakteriologen Rücksicht genommen, so ist dieses Werk in erster Linie für den Ophthalmologen bestimmt, für den die Bakteriologie heutzutage immer mehr an praktischer Bedeutung gewinnt. Es entspricht durchaus dem Bedürfnis des Augenarztes, der sich über bakteriologische Fragen zu orientieren hat und auch eigener bakteriolog.-diagnostischer Untersuchungen nicht mehr entraten kann. Die Bearbeitung und Darstellung des umfangreichen Stoffes ist meisterhaft. Die Einteilung ist eine vorwiegend klinische, nach den Erkrankungen der einzelnen Teile des Auges (Konjunctiv, Kornea, Tränenorgane etc.). Manche Kapitel sind neu hinzugekommen: normale Bindehaut, Wundinfektionen, Lues, Lepra, Tuberkulose, geographische Verbreitung, Epidemiologie. Biologie und Morphologie der einzelnen Formen werden behandelt. Auch die Serodiagnostik resp. — Therapie findet Berücksichtigung. Die vollständig jedem Abschnitt beigegebenen Literaturverzeichnisse sind bis zum Jahre 1907 fortgeführt. Vorausgeschickt sind technische Bemerkungen, den Schluss bilden ein ausführliches Sachregister und eine Tabelle zur Differentialdiagnose der Kulturen. Dem gediegenen Inhalt des Buches entspricht seine treffliche Ausstattung. Die zahlreichen dem Text eingefügten, teils photographischen, teils farbigen bakterioskopischen Bilder und die 3 farbigen Tafeln (Ausstrichpraeparate von Konjunktivalsekreten etc. nach Gram gefärbt) sind tadellos ausgeführt. So haben Verfasser und Verleger zusammengewirkt um die deutsche ophthalmologische Literatur um ein neues Meisterwerk zu bereichern, das in der Bücherei des Augenarztes einen Ehrenplatz neben den besten Lehr- und Handbüchern einnehmen wird.

Blessig.

H. Fehling: Operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1908.

Seit dem letzten Jahrzehnt sind zu den früher wenigen geburtshülflichen Operationen: Zange, Wendung, Extraktion, Perforation, Kaiserschnitt, Plazentarlösung eine ganze Reihe neuer entbindender Verfahren hinzugekommen, welche vorwiegend in der Klinik geübt werden. Verfasser hat es unternommen das Gebiet der Praxis von dem der Klinik abzugrenzen, wobei er mit Recht betont, dass der Geburtshelfer das ganze Gebiet der modernen operativen Geburtshilfe beherrschen müsse. Sowohl die oben erwähnten gewohnten geburtshilflichen Eingriffe als auch die in letzter Zeit hinzugekommenen, in der Klinik geübten, Operationen wie: Vaginaler Kaiserschnitt, Symphyseotomie, Hebosteotomie, Operationen während der Schwangerschaft bei Ovarialcysten, Uterusmyomen, Uteruskarzinom, Extrauterinschwangerschaft und Uterusruptur werden in klarer Darstellungsweise dem Leser vorgeführt, der mit Interesse die auf reiche persönliche Erfahrung gegründete Kritik des Verfassers verfolgt und in reichem Masse Anregung auf dem scheinbar schon längst wenig Neues bietenden Gebiete zu neuen Beobachtungen erhält. Sowohl dem Fachmann als auch dem Anfänger kann das Fehling'sche Buch nur angelegentlichst empfohlen werden.

W. Beckmann.

J. Veit: Handbuch der Gynaekologie. Dritter Band, erste Hälfte. Verlag von J. Bergmann. Wiesbaden. 1908.

Die erste Hälfte des dritten Bandes beginnt mit der Besprechung der Menstruation, der normalen, wie der pathologischen. Hierher gehören die Dysmenorrhoe in ihren verschiedenen Formen, die Amenorrhoe, Menopause etc. Dieser Abschnitt ist von Schaeffer bearbeitet worden. Dann kommt die Arbeit von J. Veit über verschiedene Affektionen der Vagina, die Entzündung, Trauma, Neubildung, Lageveränderung, Fisteln etc. Alsdann werden die verschiedenen Uterustumoren, wie Sarkom (J. Veit und R. Meyer), Endotheliom (R. Meyer) und Mischgeschwülste (R. Meyer) des Uterus abgehandelt. Wie in den ersten Bänden sind auch hier eine Reihe von vorzüglichen Abbildungen dem Text beigefügt.

Lingen.

Protokolle des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 24. Septemer 1907.

1. Vor der Tagesordnung demonstriert Petersen zwei Lupuskranke, bei denen er die kutane Tuberkulinimpfung vorgenommen hat. Er benutzte eine 25proz. Lösung des Alt-Tuberkulin. An den 2 Tage alten Impfstellen ist eine Rötung um den Stich, leichte Infiltration und Quaddelbildung zu beobachten. Es ist kein Fieber eingetreten. Die lymphangitischen Stränge bei einer der Kranken sind erst kurz vor der Demonstration aufgetreten.

Diskussion.

Heuking: Bei 17 Fällen auf seiner Abteilung fiel zwei mal die Tuberkulinimpfung negativ aus, obgleich es sich einmal um eine offensichtlich tuberkulöse Affektion der Orbitalknochen handelte. An der Impfstelle bildete sich nur ein kleiner hyperämischer Hof, höchstens vom Durchmesser 1 cm. Er glaubt daher, dass bei den vorgestellten Fällen, wo die Rötung viel weiter sich ausbreitet und schon eine Lymphangitis bei einer Pat. sichtbar ist, es sich um eine Mischinfektion, eine Phlegmone handelt.

Wladimiroff: Die Unterschiede in dem Reaktionsverlauf können vielleicht durch verschiedene Präparate bedingt sein.

Heuking: Ich benutzte dasselbe Wiener Präparat wie Petersen, nur dass ich es selbst auf 25 pCt. aus der konzentrierten Lösung verdünnte.

Wladimiroff: Der negative Ausfall der Reaktion in 2 Fällen ist vielleicht durch Kachexie oder sehr grosse Ausbreitung des Prozesses verursacht gewesen. Negativer Ausfall ist kein Gegenbeweis, nur positiver Ausfall entscheidet.

Heuking: Das Kind mit der Orbitalaffektion war kräftig. Das 2. Kind dagegen war durch einen chronischen Lungenprozess und sich anschliessendes Empyem wohl in einem kachektischen Zustande. Pirquet selbst betont, dass bei hochgradiger Entwickelung der Tuberkulose die Reaktion versage, dass der Körper alsdann seine Reaktionsfähigkeit verliere.

Petersen: Mit einer 6proz. Impflösung desselben Präparates habe er kleine und schwachgerötete Höfe an den Impfstellen erzielt. Er müsse es ausschliessen, dass es *sich* in seinem 2. Falle um eine Mischinfektion handele. Nachtrag in der folgenden Sitzung: Wie er aus einer mittlerweile erhaltenen Arbeit von Kreibich ersehen habe, reagiert die Haut der Lupuskranken auf die Tuberkulinimpfung in besonders intensiver, an Phlegmone gemahnender Weise, so dass eine Ueberempfindlichkeit der Haut von Lupuskranken angenommen werden muss.

2. Heuking hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber eine seltene Komplikation der Perityphlitis.

Ein 6-jähriger Knabe wurde am 24. September 1906 mit rezidivirender Appendizitis und grossem perityphlitischem Abszess in das Oldenburger Kinderhospital aufgenommen. In den 11 vorhergehenden Monaten hatte er 2 Anfälle durchgemacht. Der erste war leicht verlaufen. Der zweite vor 3 Monaten hatte 3 Wochen lang gedauert. Bei der Operation fand Heuking ausser dem perforierten und zerfetzten Appendix einen grossen mit Jauche gefüllten und einen Kotstein enthaltenden Abszess auf der Darmbeinschaufel und 4 kleinere mit rahmigem, nicht zersetztem Eiter gefüllte in festen Adhäsionen zwischen den Dünndarmschlingen. Somit waren sie bereits älteren Ursprungs. Die erste Zeit nach der Operation verlief relativ gut. Die Temperatur ging langsam herunter und wurde nach 15 Tagen normal. Der Appetit blieb mangelhaft, einige Darmstörungen, Diarrhoen traten auf. Am 38. Tage trat plötzlich hohes Fieber auf, das 8 Tage lang in remittierender Form anhielt. Leichte Angina trat auf, der Kräftezustand sank und leichter Ikterus trat ein. Doch die Temperatur wurde normal und das Kind auf Wunsch der Eltern entlassen. Auf dem Lande trat wieder hohes Fieber auf, das 12 Tage lang in remittierender Weise anhielt, das Kind magerte ab, der Ikterus wurde stärker. Heuking's Assistent nahm einen Leberabszess an und brachte das Kind am 60. Tage nach der 1. Operation wiederum ins Hospital zur zweiten Operation. Der Allgemeinzustand war ein äusserst schlechter. Die Leber war sehr gross, die Dämpfung reichte vorne nach oben bis zur 4. Rippe, von wo sie schräg nach hinten abfiel; nach unten ragte sie um $1^1/_2$ Fingerbreite über den Rippenrand hervor; die Leber war nicht schmerzhaft auf Druck. Druckempfindlichkeit fand sich nur hinten und aussen vom Colon ascendens. Heuking glaubte es mit einem subphrenischen Abszess zu tun zu haben,

obgleich dagegen 2 Umstände sprachen: das vesiculäre Atmen oberhalb der Dämpfung, also Fehlen von pleuritischer Reizung, und dann der intensive Ikterus. Bei der Operation eröffnete Henking durch Thorakotomie von hinten her den Pleuraraum, fand eine völlig normale Pleura diaphragmatica; er nähte das Zwerchfell an die Wundränder und punktierte mit der Pravaz'schen Spritze die Leber, aspirierte jedoch reines Blut in reichlicher Menge und sehr leicht. Die Operation wurde abgebrochen, zumal Pat. die Narkose schlecht vertrug, obgleich nur 7—8 Gramm Chloroform verbraucht worden waren. Zuerst erholte sich das Kind, jedoch nach einigen Stunden begannen Unruhe und Zuckungen, Blutung aus der Nase und direkt aus dem Gewebe der Wunde; unter zunehmender Unruhe und Krämpfen trat Coma ein und in der darauffolgenden Nacht erfolgte der Tod. — Die Sektion ergab: In der Gegend des Appendix ein kleiner Abszess in der Tiefe mit rahmartigem Eiter. Die Leber nicht sichtbar anfangs, erst unter den Dünndarmschlingen fand sie sich in sehr verkleinertem Zustande, ihre Konsistenz wie von weichem Leder; makroskopisch wie mikroskopisch erwies sich eine akute gelbe Leberatrophie. Die Milz war vergrössert. Peritonitis und Ascites fehlten. Herz parenchymatös degeneriert. Die gewundenen Harnkanälchen fettig degeneriert und nekrotisch. Petechien an den serösen Häuten. — Henking glaubt einen direkten Zusammenhang zwischen der Appendizitis und dem Befunde in der Leber annehmen zu müssen. Die akute gelbe Leberatrophie ist eine Intoxikationskrankheit. Auf Ausstrichpräparaten aus dem Lebergewebe liessen sich keine Bakterien nachweisen. Die Intoxikation der Leber hat im vorliegenden Falle durch eine Uebertragung von Toxinen aus den periappendiculären Abszessen auf dem Wege der Pfortaderzuflüsse stattgefunden. Die schnelle Atrophie der Leber, das rapide Schwinden des Lebertumors ist möglich. Dass Chloroform die akute gelbe Leberatrophie veranlassen kann, scheint durch die von Guleke zusammengestellten 11 Fälle für einzelne, wenige Fälle bewiesen. In Henking's Fall hat es wohl nur eine ganz untergeordnete Rolle gespielt, immerhin vielleicht den letzten Anstoss zur schweren Störung gegeben, die Katastrophe jedenfalls beschleunigt. — Akute gelbe Leberatrophie nach Appendizitis ist bisher nur noch in 2 Fällen gefunden worden von Mintz in Moskau und Brutzer in Riga. — Auch diese 3 Erfahrungen weisen ferner auf die Notwendigkeit der Frühoperation der Appendizitis hin.

(Autoreferat).

Diskussion.

Albanus: Die Fälle von akuter gelber Leberatrophie im weiblichen Obuchowhospital betreffen meist gravide Frauen; sie verlaufen in der Mehrzahl viel schneller, als der vorgetragene. Zum geläufigen Krankheitsbilde stimmt im Henking'schen Falle nicht der sehr grosse Umfang der Leber, welcher in 14 Tagen auf enorme Maasse anwuchs. Ihm scheint daher für diesen Fall eine andere Deutung zulässig, nämlich dass es sich um eine akute hypertrophische Hepatitis mit sekundärer Atrophie gehandelt habe. Die rasche Volumsabnahme kann sehr wohl postmortal eingetreten sein, ausserdem noch durch die Blutungen aus der Nase und aus den Punktionskanälen des Leberparenchyms in vivo unterstützt worden sein. Dass das Chloroform den Uebergang in Schrumpfung beschleunigt habe, ist ihm nicht glaubhaft.

Kernig: Das Prototyp der akuten gelben Leberatrophie haben wir bei graviden Frauen. Zu Anfang besteht leichter Ikterus, die Leber ist vergrössert, ragt bis zu 2 Fingerbreiten unter dem Rippenrand hervor. Im Verlaufe von 2—3 Tagen tritt dann die Verkleinerung ein. Was die Heilbarkeit der Krankheit betrifft, so verweist er darauf, dass schon Kollege Weber, früher in Petersburg, später in Jalta, 2 Fälle von Heilung bei schwangeren Frauen beschrieben hat. Kernig hat mit Grünwaldt ebenfalls einen geheilten Fall beobachtet. Ferner ist der geheilte Fall von Rudzki aus dem Obuchowhospital anzuführen. — Eine Volumsverminderung der Organe in der Leiche ist bedingt durch Collaps, Verminderung des Turgor und des Blutgehalts; bei der Sektion erscheinen Tumoren kleiner als man nach dem Befunde im Leben erwartet hat.

Henking: Quincke betont, dass die Heilbarkeit der ak. gelben Leberatrophie von der Restitutionsfähigkeit des Lebergewebes abhänge. Es heilen also wohl meist nur die abortiven Fälle aus.

Kernig: Ist das Chloroform wirklich im Stande eine ak. gelbe Leberatrophie herbeizuführen?

Henking: Einzelne der von Guleke angeführten Fälle scheinen mir wohl für die Möglichkeit zu sprechen, dass das Chloroform unter Umständen den Eintritt des Endstadiums der ac. g. Leberatrophie beschleunigen könne, und zwar in jenen Fällen, wo schon schwere degenerative Veränderungen der parenchymatösen Organe (Leber, Nieren, Herz) bestehen; speziell für meinen Fall muss ich aber jede derartige Wirkung des Chloroforms ablehnen.

Direktor: Dr. W. Kernig.
Sekretär: E. Michelson.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Prof. ord. der militär-medizinischen Akademie, beratendes Mitglied des militär-medizinischen gelehrten Komitees, wirkl. Staatsrat Dr. Pawlow, ist zum beratenden Mitgliede des Medizinalrats ernannt worden, unter Belassung in den von ihm bekleideten Aemtern.

— Der Kurator des Charkowschen Lehrbezirks, wirkl. Staatsrat Rajewski, ist auf seine Bitte wegen Krankheit mit Uniform verabschiedet worden.

— Der Direktor der St. Petersb. Handwerkerschule auf den Namen Kaiser Alexanders II., Mitglied des beratenden Komitees bei dem weiblichen patriotischen Institut, Staatsrat Dr. Westphalen, welcher bekanntlich auch Direktor des Deutschen Alexanderhospitals ist, wurde auf eigenes Ersuchen von dem erstgenannten Amte enthoben.

— Der Militär-Medizinalinspektor des kaukasischen Militärbezirks, Geheimrat Dr. Malinin, ist auf sein Gesuch mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Geheimrat.

— Am 29. Februar beging der Landschaftsarzt Wladimir Parkow das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit in der Kassimowschen Landschaft als Leiter des von dieser Landschaft unterhaltenen Krankenhauses in der Stadt Kassimow. Die ärztliche Praxis übt der Jubilar bereits seit 1874 aus.

— Das Disziplinargericht im hiesigen weiblichen medizinischen Institut besteht nach den vor kurzem erfolgten Wahlen aus dem Professor N. P. Iwanowski als Präses und den Professoren W. M. Bechterew und W. W. Wartanow als Gliedern. Zu Kandidaten wurden die Professoren N. J. Tschistowitsch und G. A. Nadson gewählt.

— Infolge der Ernennung des Marburger Pharmakologen Prof. Dr. Arthur Heffter zum Nachfolger des erkrankten Professors Dr. Liebreich auf dem Lehrstuhl der Pharmakologie an der Berliner Universität hat der bisherige langjährige verdienstvolle erste Assistent Prof. Dr. Alexander Langgaard seine Stellung an dem Berliner pharmakologischen Institut aufgegeben.

— Professor Robert Koch, der seit einiger Zeit in Amerika weilt, hat Chicago plötzlich verlassen, weil (nach seinen eigenen Worten) übereifrige Freunde, sowie Bürger und Zeitungsleute ihm durch übertriebene Aufmerksamkeiten den Aufenthalt unmöglich machten.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 30. März in Breslau der Präsident des Medizinalrats, Geheimrat Dr. Leo Ragosin, im 61. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medizinische Ausbildung an der Moskauer Universität erhalten, wo er i. J. 1873 den Arztgrad erlangte. Seine ärztliche Tätigkeit begann er im Oktober desselben Jahres als ausseretatmässiger Ordinator am städtischen Preobrashenski-Hospital für Geisteskranke in Moskau, siedelte aber bereits i. J. 1875 nach Petersburg über und fungierte hier anfangs als jüngerer Medizinalbeamter, von 1877 an als jüngerer Ordinator an der psychiatrischen Klinik im klinischen Militärhospital und dann, nach Erlangung der Doktorwürde im Jahre 1882, als etatmässiger Arzt an den Kaiserl. Theatern. Im Jahre 1884 übernahm er die Direktion der grossen Bezirksirrenanstalt in Kasan, von wo er 1888 aber wieder nach Petersburg berufen und zum Direktor des Medizinaldepartements ernannt wurde. Seit 1902 bekleidete er den Posten des Präsidenten der höchsten wissenschaftlichen medizinischen Institution, des Medizinalrats beim Ministerium des Innern. Der Verewigte galt als ein gewissenhafter und namentlich in seinem Spezialfache der Psychiatrie, erfahrener Arzt und

genoss auch in seinen hohen dienstlichen Stellungen allgemeine Hochachtung und Anerkennung. 2) Am 13. März in Borissow (Gouv. Minsk) der dortige Stadtarzt Dr. Michael Behrmann im 42. Lebensjahre am Flecktyphus. Der Verstorbene war ein Schüler der Dorpater Universität, welche er i. J. 1895 mit dem Arztgrade absolvierte, worauf er sich als freipraktizierender Arzt im Flecken Cholopenitschi (Gouv. Minsk, niederliess. Beim Ausbruch des russisch-japanischen Krieges wurde er als Reservearzt einberufen und nahm am Kriege teil, nach dessen Beendigung er zum Stadtarzt von Borissow ernannt wurde. Sowohl in seiner ersten Stellung als auch in seinem Amte als Stadtarzt erfreute er sich grosser Popularität. 3) In Moskau am 27. März der ältere Arzt des I. Donischen Kosakenregiments Dr. Nikolai Pjaskowski im Alter von 52 Jahren nach mehr als 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Der Verstorbene war in Moskau durch seine zahlreichen Vorlesungen, die er dort über Hygiene hielt, auch in weiteren Kreisen bekannt. Er fungierte auch als Konsultant an der unentgeltlichen Heilanstalt der Militärärzte in Moskau. 4) In Mossalsk (Gouv. Kaluga) der Arzt am Stadthospital Stanislaus Jakubanis im 36. Lebensjahre. Er hat sich in einem Anfall von Schwermut vergiftet. Die ärztliche Praxis hatte er seit 1896 ausgeübt. 5) In Wien der ordentliche Professor der Syphilidologie und Dermatologie, Hofrat Dr. Franz Mracek, der namentlich durch seine dermatologischen Arbeiten bekannt geworden ist, im 60. Lebensjahre.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Dass der ruhige Studiengang an den russischen Universitäten noch immer nicht gesichert ist, beweist nachstehender Vorfall in Kasan: Ein Studentenmeeting beschloss, am 1. April die Universität bis zum 20. August zu schliessen, und motivierte diesen Beschluss dadurch, dass die Autonomie der Universitäten aufgehoben sei und die freien Zuhörer nicht zu den Prüfungen zugelassen werden. — Alle 400 Teilnehmer an diesem Meeting wurden übrigens von der Polizei verhaftet.

— Die Moskauer Universität, welche jetzt ebenso, wie früher nur die Dorpater und die Warschauer Universität, Zöglinge der geistlichen Seminare in die Zahl der Studenten aufnimmt, macht bekannt, dass die Seminaristen, welche in die medizinische Fakultät eintreten wollen, sich einer Ergänzungsprüfung in der Physik unterziehen müssen. Also nur einer Prüfung in der Physik!

— Die medizinische Fakultät der Odessaer Universität beschloss darum nachzusuchen, dass die Absolventen der naturwissenschaftlichen Fakultät nicht in den dritten, sondern in den zweiten Kursus der medizinischen Fakultät aufgenommen werden sollen.

Standesangelegenheiten.

— Der frühere Gouvernements-Medizinalinspektor des St. Petersburger Gouvernements, wirkl. Staatsrat Dr. Alexander Karmilow, welcher der Bestechlichkeit und Erpressung bei Eröffnung neuer Apotheken angeklagt war, wurde von der St. Petersburger Gerichtspalate zum Verlust aller besonderen Rechte und zu einem Jahr Arrestantenkompagnie verurteilt. Bis zur Kautionsstellung von 5000 Rbl. wurde er in Haft genommen.

Das Urteil soll Seiner Majestät dem Kaiser unterbreitet und dann in endgültiger Form erst am 21. April verkündigt werden.

Wie verlautet, ist die von der Behörde geforderte Kaution im Betrage von 5000 Rbl. durch eine Kollekte unter den bei Verkündigung des Urteils anwesenden Apothekern zusammengebracht und am 5. April eingezahlt worden, worauf Dr. Karmilow auf freien Fuss gesetzt wurde.

— Der Prozess gegen den Studenten der militär-medizinischen Akademie Jochelson, welcher, wie wir seinerzeit berichteten, von der hiesigen Gerichtspalate für Aufbewahrung von Sprengstoffen zu acht Jahren Zwangsarbeit verurteilt wurde, kam am 4. April auf die Kassationsklage des Verurteilten zum dritten Male im Senat zur Verhandlung. Nachdem der Senat zweimal das Urteil der Gerichtspalate kassiert hatte, bestätigte er in seiner Sitzung vom 4. April das von der Gerichtspalate zuletzt gefällte Urteil, welches auf zehn Jahre Zwangsarbeit lautet.

— Die Pleskausche Kreislandschaftsversammlung hat die in ihren Diensten stehende Aerztin Nina Moljawka-Wyssozkaja, welche seit mehr als 20 Jahren den zur Landschaft gehörigen städtischen Bezirk ärztlich bediente, entlassen, mit der Motivierung, «dass es nicht zulässig sei, dass ein weiblicher Arzt einen Medizinalbezirk selbständig verwaltet».

— Ein Opfer seines Berufes wäre beinahe Dr. Querry in Paris geworden, der durch seine Arbeiten über Syphilis bekannt ist. Er wurde nämlich in seiner Wohnung von einem zu seinen Experimenten dienenden Affen gebissen, wodurch eine starke Blutung entstand, da eine grössere Arterie getroffen war. Dank dem schnellen Eingreifen einiger Kollegen befindet sich aber Dr. Querry ausser Gefahr.

— An der Dorpater Universität wird auf Anregung des Professors Dr. Zoege von Manteuffel das Amt eines Lehrers für Massage, medizinische Gymnastik und Mechanotherapie kreirt.

Verschiedene Mitteilungen.

— Kurtaxe für russische Badeorte. In der letzten Sitzung der Reichsduma wurden die Gesetzvorlagen, betreffend die Erhebung einer Kurtaxe während der Saison in Staraja Russa im Betrage von 1—3 Rbl., in Kisslowodsk von 2—4 Rbl. und in Polangen von 50 Kop. bis zu 1 Rbl. ohne Debatte angenommen.

— Das Idiotenheim zu Marienhof bei Fellin in Livland ist in der Nacht auf den 30. März niedergebrannt. Wie verlautet, hat einer der Geisteskranken das zweistöckige hölzerne Gebäude, das den männlichen Insassen als Aufenthaltsort dient, angesteckt. Unglücksfälle sind sonst nicht vorgekommen.

— In Charkow ist in der vorigen Woche von der Stadtverwaltung eine Augenheilanstalt eröffnet, die zu Ehren des bekannten Augenarztes, Prof. emer. der Charkower Universität Dr. Leonhard Hirschmann, dessen Namen trägt.

— Ein Gesetzprojekt, betreffend die Einführung einer obligatorischen Pockenimpfung der Kinder im europäischen Russland, wobei die Ausgaben von der Reichsrentei zu decken wären, ist auf Initiative des Dumadeputierten Tschelyschew von einer Gruppe Bauern und Geistlichen in der Reichsduma eingebracht worden. In dieser Gesetzvorlage wird darauf hingewiesen, dass in Deutschland, dank der Einführung der Zwangsimpfung innerhalb der letzten 25 Jahre, nur 4 Personen an den natürlichen Pocken gestorben sind, während in Frankreich, wo dieser Zwang nicht existiert, in demselben Zeitraum 600 Personen an dieser Krankheit zu Grunde gingen. Allein in Warschau wären in den letzten Jahren gegen 200 Personen ein Opfer dieser Krankheit geworden.

— Die Erkrankungen an Rückfallstyphus in Moskau nehmen noch immer zu. In der verflossenen Woche wurden 397 Neuerkrankungen registriert, um 41 Fälle mehr als in der voraufgegangenen Woche, so dass die Zahl der Rückfalltyphuskranken in den Hospitälern jetzt gegen 900 beträgt. Die Zahl der Pockenerkrankungen nimmt dagegen beständig ab.

— In Charkow erscheint seit kurzem ein neues Blatt unter dem Titel «Вѣстникъ курортовъ и лѣчебныхъ учрежденій» (Boote für Kurorte und Heilanstalten) unter der Redaktion des dortigen Arztes Dr. Michel Schljapotschnikow.

Bf.



— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. März d. J. 12977 (7 mehr als in der Vorwoche), darunter 1628 Typhus — (4 mehr), 1006 Syphilis — (1 mehr), 238 Scharlach — (12 mehr), 209 Diphtherie — (10 mehr), 97 Masern — (15 wen.), und 79 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 9. bis zum 15. März d. J. im ganzen 1037, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 4, Typhus abdom. 48, Febris recurrens 8, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 10, Masern 49, Scharlach 17, Diphtherie 22, Croup 0, Keuchhusten 7, Kroupöse Lungenentzündung 41, Erysipelas 1, Grippe 14, Katarrhalische Lungenentzündung 152, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 258, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberkulose der Lungen 150, Tuberkulose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 47, Krankheiten des Verdauungskanals 114, Totgeborene 44.

Am 22. März d. J. betrug die Zahl der Kranken 12867 (110 wen. als in der Vorwoche.), darunter 1554 Typhus — (74 wen.), 952 Syphilis — (54 wen.), 222 Scharlach — (16 wen.), 199 Diphtherie — (10 wen.), 98 Masern — (1 mehr) und 69 Pockenkranke (10 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 16. bis zum 22. März d. J. im ganzen 1079, darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 54, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 6, Masern 41, Scharlach 19, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 58, Erysipelas 1, Grippe 20, Katarrhalische Lungenentzündung 175, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 248, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberculose der Lungen 130, Tuberculose anderer Organe 29, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 68, Marasmus senilis 39, Krankheiten der Verdauungsorgane 138, Totgeborene 50.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 22. April 1908.

Tagesordnung: 1) Dobbert: Der «verstärkte Wundschutz» im Lichte einer Serie von 500 Laparotomien.

2) Amburger: Ueber traumatische Rückenmarksblutung.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 5. Mai 1908.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16.

(4) 0—39.

Bade- und Kuranstalten Ragaz-Pfäfers

Kt. St. Gallen 521 m. ü. M. **Schweiz**

Thermalquellen 30° R. = $37^1/_2$° C.

Ragaz, in herrlicher, **ausserordentlich geschützter Lage,** am Ausgang der **weltberühmten Taminaschlucht** in der fruchtbaren Rheinebene, eignet sich durch sein mildes und gesundes Klima ganz besonders als Aufenthalt für Rekonvaleszenten, sowie auch für Familien mit Kindern. Es ist auch eine der **günstigsten Uebergangsstationen** zu den Sommerfrischen und Kurorten des Hochgebirges und wegen seines **unvergleichlich schönen Vorsommers** mit seiner Blütenpracht in den Monaten **Mai und Juni** besonders bevorzugt. — Ragaz hat vorzügliche Bahnverbindungen, liegt es doch an der Hauptlinie nach dem Engadin (ENGADIN-EXPRESS), an der Linie WIEN-PARIS, BERLIN-ENGADIN etc.

Thermalbäder, seit 700 Jahren gebraucht gegen Gicht, rheumatische und nervöse Uebel, Nachwehen von Operationen, Knochenbrüchen, Luxationen und andere Bewegungsstörungen, Neurasthenie und Neuralgie (Ischias), chronische Verdauungsstörungen, Nieren- und Blasenleiden, Erschöpfungs- und Rekonvaleszenz-Zustände. — **Kurmittel:** 113 Kachelbäder, grosses Schwimmbad, **alle** mit Tag und Nacht **ununterbrochenem reichem** Zufluss der warmen Quellen: 35° C. — Elektro- und Hydro-Therapie, schwedische Heilgymnastik, Massage und andere mediko-mechanische **Spezialkuren.**

Dauer der Saison Mitte Mai bis Mitte Oktober.

Grand Hotel **HOF RAGAZ.**	Grand Hotel **QUELLENHOF.**

Mit allem modernen Comfort ausgestattet. Eisenbahnbureau im Hause. Auto-Garage. Grosse Park- und Gartenanlagen. Lawn-tennis und andere Erholungsspiele. **Kursaal** mit Konzert- und Lesesaal, Billard, Café etc. Täglich drei grosse Konzerte Tanzunterhaltungen. Terrasse (Säulenhalle) mit unvergleichlich schönem Blick auf das Gebirge, besonders auf den Falknis.

HOTEL BAD PFÆFERS

(Dauer der Saison 1. Juni bis Ende September)

am Eingang der weltberühmten Taminaschlucht, 3 Kilometer von Ragaz entfernt. Thermalbäder, Postbureau, Telegraph und Telephon im Hotel.

(58) 3—2. Die Bade- und Kurverwaltung.

Kur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Temperatur des Seewassers 15—16° R. Kursaison 20. **Mai bis 20. August.** In der Kurbadeanstalt warme **Schlamm-, Moor-, Salz, Elektrische-, Kohlensaure** (Nauheimer) und andere Heilbäder, wirksam bei **Herz-** und **Nervenleiden, Rheumatismus,** Lähmungen, Skrofulose, Bleichsucht, Rhachitis. **Frauenleiden** und **anderen Krankheiten. Elektrisches Lichtbad, Luft-** und **Sonnenbäder. Hydrotherapeutische und orthopädische Abteilung. Massage.** Mineralwässer (natürliche und künstliche) sind am Orte zu haben. **Täglich Kurmusik. Keine Kurtaxe. Nähere Auskünfte** und **Prospekte,** auch Quartiervermittelung **gratis** durch **die Badekommission.** Adresse: Badekommission. Pernau. (46) 6—6.



Nach mehrjähriger Assistenttätigkeit — zuletzt seit 1906 in der Klinik und Poliklinik für **Nasen-, Hals-, Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten** des St. Joseph Krankenhauses Breslau (Oberarzt Dr. **Walliczek**) habe ich mich in

Bad Salzbrunn

niedergelassen und praktiziere ab 1. Mai i. d. Wohnung d. verstorbenen Herrn Dr. **Montag** gegenüber d. Kurpark.

Dr. Kelbling,
Fürstlicher Brunnenarzt.

BAD KISSINGEN.

Hofrat Dr. **Leusser's Sanatorium** „Villa Thea"
für **Magen-, Darm-, Herz-, Nerven-** und **Stoffwechselkranke.**
April—November.
(47) 10—3. Prospekte durch den Besitzer Hofrat Dr. *Leusser.*



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.
Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,
(21) 52—14. St. Petersburg. Ofizerskaja 6, Quartier 37.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.

Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Österreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: **Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.**

Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*
(45) 12—4.

SCHLAMM- und SEEBAD

HAPSAL

in Estland. Direkte Eisenbahn- und Dampferverbindung.

Saison vom 20. Mai bis 1. Sept.

Hervorragender Bade- und Luftkurort bei mittlerer Sommertemperatur von 17,9° C. Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Alkali-, Eisen- und kohlensaure Bäder. Kaltes Seebad, vorzüglich zur Nachkur; mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Orthopädische Anstalt, Massage, Lichtbäder. Grosse Tannen- und Fichtenwälder in unmittelbarer Nähe des Kurorts. Mit bestem Erfolge werden geheilt: Alle Formen von Rheumatismus, Gicht, chronische Frauenleiden, Skrophulose, Hautkrankheiten, chronische Knochen- und Gelenkerkrankungen. Ausserordentlich geeignet für alle Erholungsbedürftige und Kinder. Musik, Konzerte, Tanzabende, Segel- und Rudersport. Broschüre und Wohnungsauskunft durch die *Bade-Kommission.*
(54) 5—4.

Dieser № liegt ein Prospekt über «Triferrin Knoll & Co.» bei.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 16 St. Petersburg, den 19. April (1. Mai). 1908.

Inhalt:

Meine Methode der Palpation normaler Magenteile und ihre Ergebnisse.

Von

Dr. Theodor Hausmann in Orel.

Einer Aufforderung Professor Dehio's folgend will ich in dieser Zeitschrift den Inhalt einer Arbeit wiedergeben [1]) die eine von mir erdachte Methode, normale Magenteile — Pylorus und grosse Kurvatur — dem Tasten zugänglich zu machen, beschreibt und begründet. War auch schon von Obraszow darauf hingewiesen worden, dass etwa in 1 pCt. der untersuchten Individuen der Pylorus bei mageren und schlaffen Bauchdecken getastet werden kann, wenn er sich spastisch kontrahiert und bauchwandständig wird, hat auch Glenard Gelegenheit gefunden, bei seinen Ausführungen über die das colon transversum darstellende corde colique zu konstatieren. dass gelegentlich über der corde colique ein strangförmiges Gebilde zu tasten wäre, welches die pars pylorica des Magens darstellen sollte, — war es somit bekannt, dass vereinzelt der normale Pylorus sich den palpierenden Fingern als zugänglich erweist, so blieben doch diese Befunde als kasuistische Einzelfälle ohne allgemeinere Bedeutung. Die Klinik vertritt auch heute noch den Standpunkt, dass normale Magenteile sich nicht tasten lassen, wovon ich mich wieder kürzlich bei einem Aufenthalt in Berlin überzeugen konnte. Dort, wo ich die Möglichkeit hatte, meine Methode zu demonstrieren, wurde anstandslos zugegeben, dass nun diese Anschauung nicht mehr gelten darf. Das Resultat meiner Bestrebungen drückt sich darin aus, dass der normale Pylorus in 18 pCt., und die grosse Kurvatur in 25 pCt. der Fälle getastet werden kann. Diese Zahlen galten aber nur für meinen Wohnort; in Berlin sind die Zahlen, wie ich mich überzeugen konnte dank der grösseren Häufigkeit des habitus enteroptoticus bedeutend grösser. Haupterfordernis zum Erreichen eines solchen Resultates ist das Aufgeben der traditionellen Tastmethode mit flacher Hand, welche nur Geltung haben soll für das Tasten der parenchymatösen Bauchorgane — Leber, Milz, Niere. — Beim Tasten der Intestinalorgane ist sie unbrauchbar, weil die letzteren durch Andrücken an die hintere Bauchwand fixiert und so dem Tasten zugänglich gemacht werden müssen. Dazu ist die Tiefenpalpation erforderlich, die ich schon in früheren Arbeiten beschrieben habe[2]). Bei der Tiefenpalpation muss die hintere Bauchwand mit den Fingern erreicht werden, auf ihr die Teile abgetastet werden und dazu ist eine steile Haltung der tastenden Finger, eventuell Krallenhand erforderlich. Die Tiefenpalpation wird ermöglicht durch peinliche Beobachtung sämtlicher Umstände, die eine Kontraktion der Bauchmuskeln möglichst ausschaltet: richtige Lagerung des Kranken, regelmässige normale Atmung etc. Die palpierende Hand, die durch rich-

[1]) Ueber das Tasten normaler Magenteile, S. Karger Berlin, 39 Seiten, Separatausgabe des im Archiv f. Verdauungskrankheiten 1907 Heft 4 erschienenen gleichnamigen Artikels.

[2]) 1) Ueber die Palpation des Appendix und die Appendizitis larvata, Berl. Klin. Wochenschr. 1905 Nr. 7.

2) О прощупыванiи червеобразнаго отростка и дiагностическомъ значенiи прощупыванiя при хроническомъ аппендицитѣ. Русскiй Врачъ 1906 № 27.

3) Das coecum mobile, Berl. klin. Wochenschr. 1904 Nr. 44.

tige Haltung des Untersuchenden jede unnütze Muskelspannung vermeiden soll, dringt schrittweise immer nur während des Exspiriums in die Tiefe, die Bewegungen der Hand während des Tastens sollen auch nur im Exspirium gemacht werden, da die Bauchmuskeln während des Exspiriums schlaffer werden und sich der hinteren Wand nähern, — vorausgesetzt natürlich richtiges Atmen. Wer nicht richtig zu atmen versteht, darf auch nicht verlangen, dass man ihn palpieren soll. Da nun ein zu palpierendes Organ erst durch den Prozess der Vorbeibewegung an den Fingerspitzen so recht deutlich zur Wahrnehmung kommt, während das einfache Draufdrücken durchaus unklare Tastbilder giebt, benutzen wir das beim Exspirium erfolgende Nachobensteigen des Magens zur Palpation von Pylorus und Kurvatur, unter gleichzeitigem Verschieben der Finger auf der hinteren Bauchwand nach unten. Wir fühlen so die grosse Kurvatur als fusswärts gerichtete nach oben vorbeigleitende Stufe; enthält der palpierte Magenteil etwas Flüssigkeit, so wird dabei oft ein von mir zuerst beobachtetes akustisches Phänomen hör- und fühlbar, welches ich exspiratorisches Gurren genannt habe. Das Exspirium ist zwar keine absolute Vorbedingung zu seiner Erzeugung, da bei mageren, schlaffen Bauchdecken das Gurren zuweilen auch bei blossem Verschieben der Finger nach unten entsteht. Da es aber am deutlichsten und leichtesten beim Exspirium erfolgt, so möchte ich bei diesem Namen bleiben. Sollte jemand einen anderen Namen vorschlagen, so möchte ich mich im voraus dagegen verwahren, dass dem neuen Namengeber auch die Vaterschaft zugedacht wird, — was ja nicht selten vorkommt. Auf eine physikalische Erklärung dieses Phänomens gehe ich nicht ein, und verweise auf meine Schrift, wo ich sämmtliche am Magen zu erzeugende akustischen Phänomene bespreche.

So, wie die grosse Kurvatur, wird auch der Pylorus in der Tiefe getastet und erscheint als kurzer Zylinder von verschiedener Konsistenz. Nicht selten lässt sich an ihm das von Obraszow beschriebene rhythmische Kontraktionsspiel beobachten, und ein am Ende der Kontraktionsphase auftretendes Spritzgeräusch.

Welche Bedeutung hat nun das Tasten normaler Magenteile? Einmal ist es wichtig zur Lokalisation von Tumoren, wie ich an Beispielen in meiner Schrift zeige. Können wir feststellen, dass ein palpierter Tumor ausserhalb des Bereiches des Magens liegt, können wir Pylorus oder Kurvatur neben aber über dem Tumor und von ihm getrennt tasten, so ist es klar, dass der Tumor diesen Magenteilen nicht angehört. So kann man Gallenblase, Kolontumoren Pankreastumoren vom Magen differenzieren. Weiter ist die Magenpalpation wichtig für die Lagebestimmung des Magens, sie giebt dieselbe richtiger an als jede andere Methode. Das gilt sowohl für den konkreten Fall, als auch für die Frage, wie der normale Magen gelegen ist, und welche Form der normale Magen hat, — eine Frage über die neuerdings wieder heftig gestritten wird und welche sowohl Röntgologen (Rieder, Holzknecht, Grödel) als auch pathologische Anatomen (Simmonds) zu lösen sich jetzt Mühe geben. Bis auf Holzknecht will man die Schlingenform, bei der ein Teil der grossen Kurvatur den tiefsten Punkt des Magens bildet, — Grödel nennt sie Siphonform — als normal bezeichnen, während Holzknecht in dieser Form ein pathologisches Stigma erblickt, und einen solchen Magen als normal ansieht, bei dem der Pylorus den tiefsten Punkt des Magens bildet. Die Ergebnisse meiner Palpation haben mich bestimmt, eine deutliche Schlingenform als pathologisch zu bezeichnen. Allerdings untersuche ich im Liegen, während die Röntgologen im Stehen untersuchen, nach gewaltiger Belastung des Magens mit der Wismutmahlzeit. Es ist mir unverständlich, wie Grödel als einzig richtige Versuchsanordnung diejenige bezeichnet, bei welcher dem Untersuchten 400 Gramm eines 10% Wismutbreies gegeben werden, und als fehlerhaft diejenigen ansieht, bei denen zu wenig dieses Breies gegeben worden sind; also ganz willkürlich schlägt Grödel einen Belastungsgrad vor, bei dem allein der Magen seine wahre Form zeigen soll. Der einzig nicht willkührlich gewählte Zustand des Magens ist seine Leere, von dieser Konstante aus sollen seine Eigenschaften — Dehnbarkeit, Grad seines nach unten Sinkens etc. — und Funktionen geprüft werden, unter diesen oder jenen Versuchsbedingungen, — wie es ja schon vor langen Jahren Prof. Dehio in seiner Wasserbelastungsmethode vorgeschlagen hat. So kommt denn Grödel, der diese Regel nicht befolgt, zu dem eigentümlichen Resultat, dass die untere Grenze des normalen Magens unterhalb des Nabels liegt, während meine im Liegen und bei leerem Magen ausgeführten Tastuntersuchungen mich dazu gebracht haben, die untere Grenze des normalen Magens 5—7 ctm. über dem Nabel zu suchen, — vorausgesetzt einen normal hoch stehenden Nabel. Da dieser letztere häufig selbst gesunken ist bis zu 2 ctm. über der Interspinallinie, so kann er nur dann als Vergleichspunkt benutzt werden wenn sein Abstand von anderen fixen Punkten bekannt ist. Ich habe zwar grosse Kurvaturen mit einer der „Stierhornform“ [8]) entsprechenden Verlaufsrichtung von rechts unten nach links oben nicht getastet, wohl aber habe ich recht häufig grosse Kurvaturen mit horizontaler Verlaufsrichtung gefunden. Ich möchte daher annehmen, dass die im Liegen festgestellte, horizontale Verlaufsrichtung der grossen Kurvatur der Holzknecht'schen Stierhornform entspricht, welche als Resultat einer Dislokation nach der im Stehen verabfolgten Wismuthmahlzeit aufzufassen wäre.

Interessant war für mich der Vergleich palpatorisch gefundener unterer Magengrenzen mit röntgenologischen Durchleuchtungsbildern nach Wismutmahlzeit, welchen Vergleich anzustellen ich in Wien Gelegenheit hatte dank dem Entgegenkommen Holzknechts. Es ergab sich, dass die bei der Durchleuchtung im Stehen gefundene untere Magengrenze um ein Bedeutendes tiefer lag als die palpatorisch im Liegen gefundene Grenze, während die Durchleuchtung im Liegen sich mit meinem Palpationsbefund deckte.

Multiple gummöse Lymphome.

Von

Dr. Eugen Petzhold.

In Anlass einer Publikation in der Berlin. klinischen Wochenschrift Nr. 3 von Brauser-München, refer. in der Deutschen Medizin. Wochenschrift Nr. 5 dieses Jahres über gummöse Lymphome und der daselbst erwähnten grossen Seltenheit dieser Erkrankung, erlaube ich mir einen vor Kurzem von mir beobachteten Fall mitzuteilen, der noch eben in meiner Behandlung steht.

Patient O. N. 29 Jahre alt, hat in seinem 18. Lebensjahre ein ulcus durum acquiriert, welches als solches in der Dörptschen Poliklinik Prof. Dehio's festgestellt worden ist. Damals erhielt er 11 Injektionen Hg. salicyl, 1 mal wöchentl. 5 Jahre darauf machte er wegen eines Rachengeschwürs wiederholte Schmierkuren in Petersburg durch, so dass er im Ganzen bis 50 Friktionen erhielt. Im Winter 1906 wurde wieder wegen eines Kopfexanthems eine Injektionskur mit einer löslichen Quecksilberverbindung eingeleitet, wobei ihm 20 Injektionen zu Teil wurden.

Am 30. Dezember 1907 wandte sich Patient an mich wegen einer vor 2 Jahren erworbenen Urethritis blennorrhoica. Gleichzeitig fand sich bei dem Patienten schmerzlose, beider-

---

[8]) Nach Holzknecht.

seitige, bedeutende Schwellung der inguinalen Lymphdrüsen, die sich kompakt anfühlten und links einen hühnereigrossen Tumor vorstellten, rechts etwas kleiner. Ferner klagte Patient über eine Verhärtung am Damm, die vor 1 Monat schmerzhaft gewesen sei, und sich beim Sitzen und Gehen bemerkbar gemacht habe. Tatsächlich fand sich links von der Raphe am Perineum eine fast knorpelharte Anschwellung, von der Grösse einer Wallnuss, mit scharfer, kielförmiger Oberfläche. Bei Untersuchung per rectum fühlt man, links von der Mittellinie, neben der Prostata eine knotige Verhärtung. Nach Angabe des Patienten bestehen erwähnte Tumoren schon über zwei Monate und seien beständig gewachsen. Die anderseits verordnete Anwendung von Jodvasogen äusserlich in loco war von geringem Einfluss geblieben. Auch hatte er schon 2 Flaschen Jodkalilösung getrunken. Patient wünschte sich vor Allem wegen seiner schweren Urethrozystitis zu behandeln. Gleichzeitig wurde aber wegen Vermutung des luetischen Charakters der Geschwülste, vorläufig Ungt. ciner. zur Einreibung in die Drüsengeschwülste und Jodkali innerlich verordnet. Daraufhin begann allmälig eine Rückbildung der Geschwülste neben zentraler Erweichung der inguinalen gummösen Lymphome, als welche wir sie zweifelsohne betrachten müssen.

Nach 2 Wochen, 13. Januar 1908 war die Erweichung bis an die Oberfläche, bis zur Fluctuation vorgeschritten, ohne besondere entzündliche Rötung der bedeckenden Haut. Es war eine Perforation nach aussen zu erwarten. Da die Urethrozystitis sich bedeutend gebessert hatte, so gab ich zeitweilig die Behandlung derselben auf und schritt zu Injektionen von Hg. salicylic. 10 pCt., 2 mal wöchentl. eine halbe Spritze. Die Geschwülste begannen zusehends sich zu verkleinern und es kam nicht nur nicht zum Durchbruch nach aussen, sondern zur vollständigen Resorption der Geschwülste. Nach 8 Injektionen sind sowohl beide Leistendrüsengummata als auch das Gumma am Damm vollständig geschwunden und es ist eine Verlötung der Cutis mit den geringen Geschwulstresten nachgeblieben. Am Damm haben wir es offenbar mit einem Gumma der linken Cowperschen Drüse zu tun.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 13. Novemb. 1907.

Vorsitzender: Blessig. Protokollführender: O. Moritz.

1. Fuhrmann: Ueber fieberhafte Darmerkrankungen der ersten Lebenstage. (Erscheint in der St. Petersburger med. Wochenschrift).

Diskussion.

Nissen fragt, ob F. bei dem besprochenen Leiden nicht auch gelegentlich Ricinus versucht habe.

Masing hat in seiner langjährigen Praxis nie die besprochene Darmkrankheit beobachtet, noch auch von ihr gehört. Er fragt, ob F. solche Fälle auch in der Privatpraxis, oder nur im Hospital, gesehen habe.

Schmidt fragt, ob die besprochenen Fälle mit Icterus verlaufen seien.

Fuhrmann hat gelegentlich Ricinusemulsion gegeben, kein reines Ricinusöl. Bezüglich des Icterus wäre nur zu wiederholen, dass er bei den betr. Krankheitsfällen nicht häufiger und nicht seltener beobachtet wurde, als überhaupt bei Neugeborenen. In der Privatpraxis hat F. 2 derartige Fälle beobachtet. Dass sie so selten beobachtet werden, liegt wohl daran, dass sie stets gutartig verlaufen und häufig wohl gar nicht bemerkt werden. Sie sind im Ganzen übrigens doch recht selten. Auf 5000 Neugeborne kämen 120 Fälle, nach F.'s Statistik. Wie ausgeführt, sei der Grund für das Leiden nicht in einer besonderen Infektion, sondern nur in einer Verschiebung der Verhältnisse der qualitativ normalen Darmflora zu suchen.

2. Blessig macht im Anschluss an die Diskussion der vorigen Sitzung einige Mitteilungen über Tuberkulose des Auges und den gegenwärtigen Stand der Tuberkulinbehandlung in der Augenheilkunde. Nach Erwähnung der verschiedenen am Auge vorkommenden tuberkulösen Erkrankungen weist Vortr. auf die sehr auffallende Tatsache hin, dass, trotz bekanntlich sehr starker Verbreitung der Tuberkulose bei uns in St. Petersburg, die typische Iritis tuberculosa dennoch, im Vergleich etwa mit Deutschland, geradezu sehr selten vorkommt. Häufiger seien schon gewisse Formen tiefer Keratitis resp. Keratoiritis, die mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit als tuberkulös angesprochen werden dürfen. Die eigentliche Iritis tuberkulosa mit der typischen Entwickelung von Tuberkelknötchen in der Iris biete aber das schönste Beobachtungsobjekt und ihrer Seltenheit hier am Ort ist es wohl auch zuzuschreiben, dass die hiesigen Augenärzte mit der Anwendung des Tuberkulins am Auge eigene Erfahrungen bisher kaum gemacht haben. Dagegen wird andererwärts, so in vielen deutschen Kliniken und auch bei uns zu Lande (Z. B. von Krüdner in Riga u. A.) Die Tuberkulinbehandlung systematisch und vielfach mit bestem Erfolge geübt. Vortr. verfügt zur Zeit gleichfalls noch nicht über eigene Erfahrungen, doch soll diese Behandlungsmethode auch in der hiesigen Augenheilanstalt eingeführt werden. Nach den günstigsten Resultaten, die Vortr. kürzlich in der Schoeler'schen Klinik bekannt geworden sind, will er diese Therapie jedoch bei den schon erwähnten, meist sehr schweren sklerotischen parenchymatösen Keratitis-Formen versuchen, die bisher oft jeder Therapie, besonders auch der merkuriellen. Trotz bieten, Veranlassung zu der heutigen Mitteilung giebt Vortr. ein soeben erst von ihm beobachteter Fall von typischer Iritis tuberkulosa, in dem das Resultat der auswärts angewandten Tuberkulinbehandlung geradezu ein eklatantes war.

Es handelt sich um ein 18-jähriges Mädchen, semitischer Rasse, mit tuberkulöser Affektion der Lungenspitzen. Als Vortr. sie im Juni 1906 gelegentlich einer Konsultation zum ersten Male sah, war das rechte Auge bereits an tuberkulöser Iritis (resp. Iridocyclitis) bereits erblindet, das linke — dem Erblinden nahe: massenhafte Knötchen in der geschwellten, vorgetriebenen Iris, massige Präcipitationen an der M. Descemetii. Fast vollständige Seclusio und Occlusio pupillae, V = Fingerzählen in 0,5 Meter. Sie wurde in diesem verzweifelten Zustande nach Göttingen zu A. v. Hippel sen. dirigirt, der von den deutschen Klinikern vielleicht am konsequentesten seit Jahren das Tuberkulin anwendet und noch kurz vorher (1905) in Heidelberg wiederum über sechs schöne Resultate berichtet hatte. Im Februar d. J. sah Vortr. die Patientin wieder. Sie hatte 102 Injektionen von Tuberkulin T. R. $1/_{100}$ bis 1 Milligramm nach der von v. Hippel l. c. angegebenen Methode bekommen, das Resultat am linken Auge war ein geradezu glänzendes: keine Knötchen, keine Präcipitate mehr vorhanden, Iris flach, allerdings zahlreiche Synechien und Exsudatreste auf der Pupille. V dabei = 0,3 — 0,4! Patientin las anstandslos mittlere Schrift! Leider kam es schon im April zu einem Recidiv, es traten neue Knötchen in der Iris und neue Beschläge auf der M. Descemetii auf, das Sehvermögen begann rasch zu sinken. Pat. ging nun in das Sanatorium Pitkäjärwi, wo ihr auf die Bitte des Vaters von Dr. v. Pezold mit einigen durch Fieber bedingten Unterbrechungen im Ganzen 52 Injektionen Alt-Tuberkulin (0,01 bis 8,0 Milligramm). gemacht wurden.

Anfangs verschlimmerte sich der Zustand des Auges, weiterhin trat aber auch diesmal der Einfluss der Tuberkulinbehandlung immer deutlicher zu Tage: Knötchen und Beschläge schwanden auch diesmal wieder vollständig, nur hinterblieben jetzt, nach der weiteren Attaque, Synechien und mehr Exsudatreste auf der Pupille. Dementsprechend blieb auch das Sehvermögen gegen das erste Mal erheblich zurück. V = Fingerzählen in 3 Meter. Letzterer Umstand kann aber der Behandlungsmethode als solcher nicht zur Last gelegt werden. Die spezifische Wirkung des Tuberkulins auf den tuberkulösen Prozess war auch diesmal erreicht. Gegenwärtig befindet Pat. sich wieder in Göttingen und soll, wie Vortr. soeben durch eine briefliche Mitteilung Prof. v. Hippel's erfährt, weiterhin mit Tuberkulin T. R. behandelt werden.

Weniger bezeichnend für die Heilwirkung des Tuberkulin ist vielleicht ein anderer Fall, der dem Vortr. kürzlich von v. Hippel zur weiteren Beobachtung überwiesen wurde. Hier handelte es sich um eine Iritis serosa bei einem auf Tuberkulose verdächtigen jungen Mann, bei dem nach zwei probatorischen Injektionen von Alt-Tuberkulin, auf deren zweite er fieberhaft reagierte, die Beschläge und eine leichte Hornhaut-Trübung ohne weitere Therapie vollständig schwanden.

Mit der Ophthalmo-Reaktion (Calmette) beabsichtige Vortr. gleichfalls Versuche anzustellen. Dabei ist aber im Auge zu behalten, dass inbezug auf tuberkulöse oder nichttuberkulöse Natur eines vorhandenen Augenleidens nur der negative, nicht aber der positive Ausfall der Reaktion als solcher diagnostisch zu verwerten ist. Denn letzterer zeigt nur das Vorhandensein von Tuberkulose überhaupt an, beweist aber noch nicht die tuberkulöse Natur des vorliegenden lokalen Augenleidens. Sollte dieses aber durch das Tuberkulin-Test in seinem Verlaufe beeinflusst werden, so wäre es damit allerdings als tuberkulös erwiesen. Dann liesse sich vielleicht auch ein therapeutischer Effekt von der lokalen Anwendung des Tuberkulins erwarten. Uebrigens hört man neuerdings auch schon von ungünstiger Wirkung der Reaktion auf tuberkulöse Prozesse am Auge. (Kalt. Société d'ophthalmol. Bulletin medical Nr. 89. 16 Novembre). Ist aber einmal eine Einwirkung überhaupt zu konstatieren, so ist auch ihre eventuelle therapeutische Verwertung nicht ausgeschlossen.

(Autoreferat.)

Diskussion.

Schmitz fragt, ob die Tuberkulinbehandlung auch den Lungenbefund und den Allgemeinzustand der Kranken beeinflusst habe.

Blessig. In dem ersten Fall war nach Meinung des behand. Kollegen eine Besserung eingetreten.

Masing kennt die betr. Pat. und hat eine Besserung des Lungenzustandes nicht nachweisen können. Es sei auch kein geeigneter Fall zur Tuberkulinbehandlung gewesen, da Pat. fieberte, — wenn auch nur mässig. Nur der Zustand des Auges habe, auf die Bitte des Ophtalmologen, die Tuberkulinanwendung veranlasst. Im übrigen werde in Deutschland auch bei fiebernden Kranken jetzt Tuberkulin hie und da angewandt, freilich in minimen Dosen: $^{1}/_{100}$ — ja $^{1}/_{500}$ Milligramm.

A. Feldt glaubt, dass die von B. erwähnte lokale Tuberkulinapplikation event. doch auch kurativen Wert haben könne. Die Versuche, die F. mit Tuberkulinseife angestellt habe und die eine lokale Reaktion, keine Allgemeinerscheinungen zur Folge hatten, sprächen für die Möglichkeit einer Lokalwirkung.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 22. Oktober 1907.

Albanus hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Melaena neonatorum. (Wird im Druck erscheinen).

Vortragender bespricht die verschiedenen über das Wesen der Melaena aufgetstellten Hypothesen und referiert dann über 3 Fälle eigener Beobachtung, die sämmtlich in einer Familie vorkamen. Vortragender ist geneigt die Melaena als eine Intoxikationskrankheit aufzufassen, wobei die Intoxikation bereits im intrauterinen Leben erfolgt ist.

(Autoreferat).

Diskussion:

Westphalen: Die Theorie Neumanns, der zufolge das Magengeschwür aus bakterieller Ursache entstehen soll, steht im Widerspruche mit den zur Zeit als sicher gestellten Forschungsergebnissen der meisten anderen Autoren, lässt sich auch in keiner Weise mit den experimentellen Resultaten namentlich Katzensteins in Einklang bringen, welche die Fortdauer des (experimentellen) Magengeschwürs bei Hunden unter dem Einflusse des Magensaftes und dessen Ausheilung durch eine Gastroenterostomie und eine hierdurch verringerte HClacidität des Magensaftes erwiesen. Ich glaube, dass wir es nunmehr als gesichert annehmen müssen, dass das Ulcus ventriculi auch beim Menschen durch mechanische Ursachen, Zirkulationsstörungen, Schleimhautschädigungen die zur Nekrose führen entsteht, wobei jedoch diese Nekrosen nicht spurlos verschwinden, sondern unter dem Einflusse eines mehr oder minder HCl reichen Magensaftes weiter verdaut werden. Doch kommen wir mit dieser Erklärung allein nicht aus. Es bedarf unbedingt noch eines dritten ätiologischen Momentes, und dieses dürfte in der individuellen Disposition zu rechnen sein. Ich hoffe es Ihnen nächstens in einer Mitteilung, welche sich auf ca. 100 über mehrere Jahre hinaus beobachtete Fälle stützt, nachweisen zu können, dass in erster Linie diese individuelle, in dem Individuum begründete Disposition, für welche wir vorderhand noch keine Erklärung haben, es ist, welche für die Entstehung und die geringe Heilungstendenz des Ulcus massgebend ist. Dahin dürfte auch die Beobachtung gehören, dass das Magenulcus gar nicht so selten eine familiäre Krankheit darstellt. Etwas ähnliches sehen wir auch, wie wir solches soeben gehört haben, bei der Melaena. Während meiner pathologisch-anatomischen Zeit habe ich auch zwei Fälle von Melaena neonatorum in Dorpat seziert und auch hier handelte es sich um Geschwister. Mir will es scheinen, dass auch in dieser Hinsicht die Aehnlichkeit zwischen Melaena neonatorum und Ulcus ventriculi der Erwachsenen in die Augen springt und dass auch für den Neugeborenen eine ähnliche Disposition, eine individuelle Natur, zur Erklärung der Entstehungsbedingungen der Magendefekte und Blutungen herangezogen werden müsse, vielleicht eine angeborene Alteration der Gefässwände oder dem ähnl., wobei einer eventuellen Gastritis, Intoxikation oder anderen uns noch unbekannten Momenten nur eine sekundäre auslösende Bedeutung zusteht, gerade wie dieser Schleimhautschädigung bei der Entstehung des peptischen Geschwüres der Erwachsenen.

Wiedemann: Die im Alexandrastift beobachteten vielen Fälle von Melaena sind von Fuhrmann beschrieben worden. Durch Gelatineinjektionen sind schöne Erfolge erzielt worden, nur wenige Todesfälle kamen vor.

Hörschelmann: Die Gelatine als Klysma angewandt giebt auch gute Erfolge.

Heuking: Bei Blutungen aus dem Magendarmkanal, wo keine materiellen Veränderungen zu finden sind, werden wir auf toxämische Zustände oder Intoxikationen hingewiesen. Diese können enterogenen Ursprunges sein, auch durch lokale Eiterungen z. B. nach Appendizitis bedingt sein. Auch die Erfolge der Therapie, speziell die Kochsalzinfusionen, sprechen dafür. Westphalen betont zu sehr den Einfluss des Gefässsystems, die Intoxikation allein genüge vielleicht auch für die Erklärung.

Westphalen: Dagegen spricht das Moment der Erblichkeit.

Wladimiroff sieht keinen Grund im gegebenen Falle einen Gegensatz zwischen Intoxikation und Gefässalteration aufzustellen. Gefässveränderungen werden durch eine ganze Reihe von bakteriellen Toxinen hervorgerufen. Diese können auch von der Mutter auf die Frucht übergehen. Das Moment der Erblichkeit widerspricht demnach auch nicht der Annahme einer Gefässalteration durch Toxine. Im weiteren wäre für die Erklärung des familiären Auftretens von Ulcus ventriculi der Umstand zu berücksichtigen, dass Geschwister meist unter den gleichen Ernährungsbedingungen leben.

Albanus: Rücksichtlich der Gleichartigkeit der erblichen Verhältnisse ist hervorzuheben, dass in seinen 3 Fällen die Verhältnisse bei der Mutter immer dieselben waren. Jede Gravidität verlief als eine schwere Krankheit. Die Intoxikationstheorie widerspricht nicht der familiären Vererbungstheorie.

Direktor: Dr. Kernig.
Sekretär: E. Michelson.

Sitzung am 19. November 1907.

Zeidler hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Kasuistik der Erkrankungen der Gallenwege».

(Autoreferat).

Diskussion.

Westphalen: Indem ich zugebe, dass das Symptom der bald nach dem Essen auftretenden Schmerzen sich durch Adhäsionen der Gallenblase mit dem Magen erklären kann, glaube ich, dass hierbei auch noch ein anderer Entstehungsmodus der in direkter Abhängigkeit vom Essen entstehenden Schmerzen möglich ist. Jedenfalls kommt es nicht selten vor, dass dieses Symptom bei solchen Kranken angetroffen wird, welche vor Kurzem einen Gallensteinkolikanfall überstanden haben, nach welchem eine Druckempfindlichkeit der Gallenblase und des bekannten Punktes rechts am Rücken neben der Wirbelsäule besteht.

Mit abklingender Druckempfindlichkeit dieser Regionen pflegt sich auch der Schmerz im Epigastrium nach der Nahrungsaufnahme zu verlieren. Für solche Fälle für die doch kaum eine organische Adhäsion der Gallenblase mit dem Magen anzunehmen ist, habe ich mir mit der Hypothese geholfen, dass mit Rücksicht auf die Experimente Pawlofts angenommen werden muss, dass durch die Einführung von Speisen in den Magen die Gallensekretion angeregt und gleichzeitig auch Kontrakturen der Gallenblase ausgelöst werden. Bei bestehender Schmerzhaftigkeit der Gallenblase werden diese als krampfhaft empfunden, aber nach dem Gesetz der exzentrischen Verlegung nicht an der Stelle ihrer Entstehung, sondern in dem Epigastrium lokalisiert. Interessant ist es mir, dass auch in einem meiner Fälle, bei dem die Operation auch eine Cholecystitis und Pericholecystitis ohne Steinbildung erwies, die überaus schweren Kolikanfälle mit auffallend hohen Temperaturen einhergingen. In dem Falle sind die Untersuchungen der Stühle auf Konkremente lange Zeit hindurch nach jedem Kolikanfalle mit der grössten Sorgfalt ausgeführt worden — und zwar stets mit negativem Erfolge.

Krong: Zum ersten Falle führe ich einen Parallelfall an, interessant wegen der Frage der Abwesenheit von Steinen. Der Pat. hatte mehrfache Attaquen mit sehr hohen Temperaturen bis zu 40° durchgemacht; niemals waren Steine im Stuhlgange gefunden worden. Nach der letzten sehr schweren Attaque fanden sich im Stuhl 24 Steine, der grösste unter ihnen etwa von der Grösse eines Daumennagels.

Wanach: In der chirurgischen Abteilung des Peter-Paul-Hospitals sind Gallensteine eine Seltenheit. Jährlich kommen auf weit über 1000 Operationen etwa 4—5 Gallensteinoperationen, und diese wenigen Fälle entstammen nicht den ärmsten Bevölkerungsschichten, sondern besser situierten Klassen. Dabei überwiegt das weibliche Geschlecht. Die Ernährungsverhältnisse scheinen eine Rolle zu spielen bei der Entstehung von Gallensteinen, wofür England ein Beweis ist, wo die Bevölkerung fast ausschliesslich Fleischkost zu sich nimmt, im Gegensatz zu Russland, wo beim einfachen Volke fast nur die Pflanzenkost in Betracht kommt. Dies beweist auch die Statistik über 3000 Gallensteinfälle von Robson, Kehr und Mayo. Viele englische Chirurgen verfügen über eine grosse Zahl von Gallensteinoperationen. Ausser der dort verbreiteten Gicht käme auch die Cholecystitis als Ursache in Betracht. — Die grosse Seltenheit der Gallensteine in den Petersburgern Hospitälern erkläre sich ferner daraus, dass die Internisten früher sehr konservativ bei der Cholelithiasis verfahren, gegen die Operation sich sträubten, ganz wie bei der Appendizitis. Endlich müsse noch die grosse Reihe

von nicht diagnostizierten Gallensteinfällen berücksichtigt werden. Ihm sei ein Fall bekannt, der 10 Jahre lang bis zur Operation unerkannt blieb.

Westphalen: Auch ich möchte annehmen, dass die Ernährungsart für die Entstehung der Gallensteine von Bedeutung sein dürfte, sehe aber nicht in der Gicht und ihrer Beeinflussung durch eine mehr vegetarische oder animalische Ernährungsweise das ursächliche Moment ihrer Entstehung, sondern in der, durch die vorwiegende Fleischkost unserer besseren Stände bewirkte Obstipation. Indem ich daran festhalten muss, dass das Essentielle bei der Gallensteinkrankheit nicht der Stein ist, sondern der steinbildende Katarrh der Gallenblase, welcher durch verschiedenartige infektiöse Agentien (Pneumo-Typhus, Colibazillen und dem ähnliche mehr) bewirkt wird, aber unbedingt sich in einer Abhängigkeit von der Bakterienflora im Dünndarm befinden muss, glaube ich, dass eine jede Störung im normalen Ablaufe der chemischen und motorischen Funktionen des Dünndarms, die wiederum direkt von der Motilität des Dickdarms abhängen, auch zur Exacerbation einer schon bestehenden oder erst zur Entwicklung einer steinbildenden Cholecystitis führen kann. Es wäre denkbar, dass wir gerade in dem Fehlen jeglicher Obstipation bei der russischen bäuerlichen Bevölkerung wegen ihrer vorwiegend vegetarischen Ernährungsart eine Erklärung für das seltene Vorkommen der Gallensteinkrankheit bei dieser Volksklasse suchen können. Den Vorwurf, dass wir Internisten zu konservativ in der Therapie der Cholelithiasis bez. Cholecystitis vorgehen, muss ich zurückweisen mit dem Hinweise auf die garnicht zu unterschätzenden Resultate einer konsequent durchgeführten Diät- und Ruhekur in Verbindung mit dem Gebrauche des Karlsbader Brunnens und eines die Regelung des Stuhles bezweckenden Kostregimes. Damit schaffen wir zwar nicht die Steine weg, sondern bewirken eine Besserung, wenn nicht vielleicht gar eine Heilung des steinbildenden Katarrhs.

Ucke: Aus der Diskussion erhellt, dass in den städtischen Hospitälern mit vorzugsweise armen, pflanzenessendem Krankenmaterial, Gallensteine eine ungeheure Seltenheit sind. Anders ist das mit dem Leichenmaterial des deutschen Alexanderhospitals, das ich eben vor Augen habe. Hier sind Gallensteine keine Rarität. Dass Typhusbazillen die Ursache der Gallensteinbildung sind, ist nicht wahrscheinlich, da unsere arme Bevölkerung diese Krankheit meist durchzumachen hat, dagegen spielt wohl die Kost (Fleischnahrung) und ev. katarrhalische Zusände eine Rolle. Zu beachten ist, dass man in der Gallenblase bei Sektionen alle Uebergänge von dünnflüssiger zu dickflüssiger Galle und darin ebenso kleinste Körnchen, weiche Massen und harte Steine der verschiedensten Grössen finden kann. Es ist zu erwägen, unter welchen Verhältnissen die kleinen Körnchen und weichen Massen noch durch die enge Passage der abführenden Gallenwege hindurchgehen, resp. gepresst werden könnten.

Zeidler: Drei meiner Fälle von Cholelithiasis waren mit Zystitis und Perizystitis, also mit Adhäsionen vergesellschaftet; hier traten jedes mal nach der Nahrungsaufnahme starke Schmerzen ein. In den anderen Fällen fanden sich keine Adhäsionen, und hier fehlten derartige Schmerzen. Nach Westphalen's Anschauung müssten jedoch in jedem Falle von Cholelithiasis und- zystitis Schmerzen auftreten nach der Nahrungsaufnahme. — Gegen den Vorwurf von Wanach muss ich die Therapeuten des Obuchowhospitals in Schutz nehmen; durch diese seine Annahme erklärt sich die Seltenheit der Gallensteine nicht.

Kernig: Es ist in hohem Grade interessant, dass in der chirurgischen Abteilung männlichen des Obuchowhospitals in den letzten Jahren überhaupt keine Gallensteinleiden vorgekommen, geschweige operiert worden sind, dass dies Leiden dort so gut wie unbekannt ist. Im weiblichen Obuchowhospital kommen im Laufe des Jahres ca. 25 Fälle zur Beobachtung, von denen 1—3 operiert werden. Dies ist ein bemerkenswerter grosser Unterschied. — Bei der Frage, dass ein Teil der Anfälle zurückgeführt wird nicht auf die Gegenwart von Steinen in der Gallenblase oder den Gallenwegen, sondern nur auf entzündliche Vorgänge, bleibt die klinische Beobachtung im Zweifel, während die Operation in einem späteren Stadium wo die Steine längst abgegangen sein können, vorgenommen wird. Solche Fälle beweisen nicht, dass kein Gallensteinleiden vorliegt. Es muss genauer auf die Symptomatologie zurückgegangen werden, welche lehrt, dass die reine Kolik fieberlos ist, gewöhnlich in einem Tag vorübergeht und erst in 2—3 Tagen, wenn die Zystitis eintritt, sich das Fieber hinzugesellt. Kommt es zu einer Cholezystitis, so bleiben die Kranken fieberlos, der kolikartige Schmerz hört auf, es hinterbleibt höchstens eine gewisse Druckempfindlichkeit in der Gallenblasengegend. Ebenso beweist der Erfolg der Therapie diesen verschiedenen Ursprung der Schmerzen: während der Kolik wirkt Wärme wohltätig und angenehm, im 2. Stadium dagegen die Kälte. — Andrerseits giebt es eine Reihe von Kranken, bei denen nach den anfänglichen Attaquen wirklicher Steinkolik in späteren Anfällen gleich von vorn herein Fieber auftritt, hier wird die Frage der Operation urgent, es sei denn, dass das Krankheitsbild in wenigen Tagen abläuft.

Dombrowski: Die Chirurgen nehmen im Allgemeinen an, dass die Kolik nicht durch die Steine, sondern nur durch die Zystitis veranlasst werde, vor allen Dingen der Schmerz, in beiden Fällen in derselben gleichen Weise sich äussere.

Kernig: Ich bestreite, dass die Symptomatologie bei beiden Krankheitsvorgängen dieselbe sei. Bei auf Stein beruhenden Kolikanfall haben wir den spezifischen Kolikschmerz, der spontan, nicht erst auf Druck auftritt, und plötzlich aufhört, ferner das Erbrechen, das Fehlen des Fiebers. Bei der Cholezystitis dagegen haben wir den entzündlichen Schmerz d. h. Druckempfindlichkeit, sowie das Fieber.

Westphalen: Halten wir daran fest, dass der Schwerpunkt der allgemein pathologischen Auffassung eines Gallenkolikanfalles weniger auf das Wandern der Steine als auf eine akute Exacerbation einer latenten Cholezystitis gelegt werden muss, so dürfte sich der Ablauf eines Kolikanfalls in der Art erklären lassen, dass die auf exazerbierte Cholezystitis in Folge einer gesteigerten Reflexerregbarkeit der entzündeten Schleimhaut verstärkte Kontraktionen der Gallenblase auslöst, durch welche die Steine in die Ausführungsgänge gepresst und dort weiter befördert werden — daher der krampfartige Schmerz. Durch den gleichzeitig gestörten Abfluss aus der Gallenblase in Verbindung mit einer gleichzeitig gesteigerten Sekretion aus der Schleimhaut tritt zeitweilig eine Stauung des Inhalts in der Gallenblase ein und hierdurch eine verstärkte Resorption der Endzündungsprodukte. Hierdurch kommt es zu Fieber, zu einer Pericholezystitis und zur bekannten Druckempfindlichkeit und dem empfindlichen Schmerz.

Kernig: Diese latente Cholezystitis müsste demnach immer vorhanden sein. Dem widerspricht das klinische Bild: Die Leute sind ganz gesund, der Schmerz setzt plötzlich, momentan ein, nicht wie ein entzündlicher Schmerz. Letzterem gegenüber ist der Einklemmungsschmerz zu scharf charakterisiert.

Kroug schliesst sich der Ansicht Kernig's an.

Masing führt kurz folgenden Fall an: Eine Dame mit Schnürleber litt an sehr geringfügigen Schmerzen in der Gallenblase; bei der Sektion erwies sich die Gallenblase erfüllt von einem hühnereigrossen Steine bei ganz normaler Schleimhaut.

Direktor: Dr. Kernig.
Sekretär: E. Michelson.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 9. August 1907.

1. Ischreyt demonstriert 2 Patienten mit ophtalmoskop. Veränderungen infolge von stumpfen Traumen. I. 10-jähr. Knabe. Im Mai wurde ihm das rechte Auge durch einen Schrotschuss mit einem Katapult verletzt. Bei der Aufnahme in die Klinik fand sich die Vorderkammer voller Blut, die Pupille stark erweitert; keine perforierende Wunde. Der Heilungsverlauf war normal. Nachdem sich die Medien völlig aufgeklärt hatten, ergab sich folgender Befund. Links normal. Rechts Visus bei Ast. hyperm. comp. (horiz. + 3,0, vert. + 1,5) = $^1/_{100}$. Pupille sehr weit; unten aussen ist die Iris in starke Falten gelegt, so dass auf den ersten Blick ein Colobom vorzuliegen scheint. An entsprechender Stelle finden sich in der Linse feine, fleckchenartige Trübungen. Ophthalmoskopisch sieht man unten und nasal von der Papille eine wulstförmige Faltung der Sklera, die konzentrisch zum Papillenrande verläuft: die Zentralgefässe verlaufen hier, nachdem sie die Papille verlassen haben, zunächst bogenförmig etwas in die Tiefe, schlagen sich dann über den Wulst und treten erst hier in die Netzhautfläche ein. Auf der temporalen Seite der Papille liegt in einer Ausdehnung von ca. 1 P. D. die Sklera mehr oder weniger frei zu Tage; dieser Bezirk ist temporal durch eine unregelmässige gezackte und z. T. verwaschene Linie begrenzt, von der an der Fundus seine normale rote Farbe zeigt. In der Gegend der Macula befindet sich ein grosser grau-verwaschener Fleck, der sich nach oben und unten in ein zur Papille concaves unregelmässiges Band auszieht; dasselbe bezeichnet die Stelle einer Netzhautruptur. Oben, unten und mitten tritt dieses Band durch Pigmentansammlungen in Verbindung mit den circumpapillären Veränderungen. Die Papille selbst und ihre Gefässe sehen normal aus. Es handelt sich in diesem Falle offenbar um einen Riss in der Sklera unten und nasal von der Papille, resp. ein Abreissen; um einen bogenförmigen Riss der Retina in der Gegend der Macula und um eine Loslösung der Retina von der temporalen Papillenseite.

II. 6-jähr. Knabe, wurde durch einen Peitschenhieb verletzt, wobei die rechte Lidspalte in ihrem inneren drittel getroffen

wurde. In der Vorderkammer viel Blut, Pupille verengert. Ophthalmoskopisch sieht man die Papillengrenzen sehr verwaschen, die Papille ist gerötet, die Venen sind überfüllt — es ergiebt sich das Bild einer beginnenden Neuritis optica. Visus bei Ast. hyperm. simpl. (hor. + 2,0, vert. E) = 4/25. In der Folgezeit gingen alle Erscheinungen zurück und der Visus stieg bereits in 4 Tagen auf 4/15.

(Autoreferat).

2. Brehm demonstriert zwei durch doppelseitige Castration gewonnene Hoden mit ausgedehnter Tuberkulose der Nebenhoden, welche von grösseren und kleineren Käseherden durchsetzt sind, aber auch eine Aussaat frischer Tuberkelknötchen zeigen. Die Hoden sind scheinbar gesund. Ref. ist der Ansicht, dass man bei der Wahl der Operationsmethode bei Nebenhodentuberkulose sehr individualisieren müsse, nur bei Bemittelten hält er die konservativen Methoden, welche oft Nachoperationen und lange Nachkuren erfordern für angezeigt; der Unbemittelte wird am schnellsten und sichersten seinem Berufe zurückgegeben durch die radikale Operation. Im vorliegenden Falle hätte auch die totale Resektion der Nebenhoden kaum genügt, da frische Tuberkeln bereits auf den Hüllen sassen.

(Autoreferat).

Prissmann fragt Brehm, wohin er den primären Sitz verlege und ob sonst tuberkulöse Spmptome vorgelegen hätten.

Brehm erwidert darauf, dass die Lungen gesund gewesen seien. Ausser der Blase sei auch die Prostata ergriffen. Die Hodentuberkulose sehe er als das primäre Leiden an, da sich Tuberkulose des Urogenitaltracts nur entsprechend dem Sekretstrom auszubreiten pflege, die Nieren aber gesund gewesen seien. Bei primärer Nierentuberkulose erkranken: Blase, Harnröhre, allenfalls vielleicht Prostata, niemals aber Nebenhoden und Samenblasen. Bei primärer Nebenhoden, tuberkulose erkranken: Das Deferens, Samenblasen, Prostata und Urethra, — seltener auch die Blase, niemals aber Ureter und Niere. — Eine neuere experimentelle Arbeit von Torrepson stützt diese Auffassung im Gegensatz zur alten von Guyon vertretenen Lehre von der ascendierenden Urogenitaltuberkulose.

3. Falck demonstriert einen Patienten mit einer luetischen Orchitis. Es handelte sich um einen älteren, verheirateten Mann, bei dem in keiner Hinsicht Verdacht auf Lues vorliegen konnte und auch nichts anderes dafür sprach. Referent dachte infolgedessen an einen Tumor, leitete aber doch für alle Fälle eine Jodkalibehandlung ein, worauf die Schwellung geringer wurde.

Prissmann ist erstaunt, dass die Erscheinungen der zweifellos luet. Orchitis im Laufe eines halben Jahres nicht noch mehr zurückgegangen sind. Er empfiehlt zur Beschleunigung eine vorläufig lokale und später allgemeine Quecksilberbehandlung.

Präses: Prissmann.
Sekretär: Ischreyt.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Osterfest sind Allerhöchste Auszeichnungen nachstehenden Aerzten zuteil geworden: Ernennungen: Der Chefarzt der St. Georgs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, Arzt für Abkommandierungen beim klinischen Militärhospital und Privatdozent der militär-medizinischen Akademie, Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes, Staatsrat Dr. Eugen Botkin — zum Leibmedikus Seiner Kaiserlichen Majestät; der Prof. ord. der militär-medizinischen Akademie, Geheimrat Dr. Georg Rein — zum Ehrenleibchirurgen des Allerhöchsten Hofes, unter Belassung in seinem bisherigen Amte. Beförderungen: Zum Geheimrat — der Korpsarzt des Gardekorps, Dr. Simon Unterberger, und der Bezirks-Medizinalinspektor des Warschauer Militärbezirks, Dr. Schuchow. Zum wirklichen Staatsrat — der Kurator der weiblichen Professionalschule auf den Namen der Grossfürstin Tatjana Nikolajewna in Petersburg, Dr. Theodor Germann, für Auszeichnung im Dienst der Philanthropischen Gesellschaft, der Konsultant an den Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, Dr. Alexander Philippow und der Direktor des Mineralbades Lipezk Dr. Wladimir Borissowski.

— Ordensverleihungen: Der St. Annenorden I. Klasse — den beratenden Mitgliedern des Medizinalrats, Leibakkoucheur des Allerhöchsten Hofes, Geheimrat Dr. Demetrius Ott und dem Professor der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Staatsrat Dr. Stanislaus Przibytek. Der St. Stanislausorden I. Klasse — dem Konsultanten der Anstalten der Kaiserin Maria, wirklicher Staatsrat Dr. Sergius Loshetschnikow. Der St. Wladimirorden III. Klasse — dem Chefarzt des St. Petersburger Marinehospitals, Ehrenleibmedikus Dr. Sujew', und dem Primärarzt der psychiatrischen Abteilung des Marinehospitals in Kronstadt, Dr. Filippow.

— Der langjährige Wendensche Kreisarzt, Staatsrat Dr. Peter Gaehtgens, ist auf sein Gesuch von diesem Amte verabschiedet worden. Er dürfte wohl der älteste der noch funktionierenden Kreisärzte in Russland sein, da er bereits am 11. März sein 80. Lebensjahr überschritten hat und im August 1903 sein 50-jähriges Doktorjubiläum feiern konnte. Nach Absolvierung seiner Studien an der Dorpater Universität i. J. 1854 war Dr. Gaehtgens anfangs Militärarzt und liess sich dann als praktischer Arzt in der Stadt Wenden nieder, wo er vor nunmehr 38 Jahren zum Kreisarzt ernannt wurde.

— Der Jenisseische Gouvernements - Medizinalinspektor, Ehrenfriedensrichter des Krassnojarskschen Gerichtsbezirks, wirkl. Staatsrat Dr. Ratschkowski, ist auf sein Ansuchen verabschiedet worden.

— Doktorjubiläum. Am 12. April vollendeten sich 25 Jahre seit der Direktor der Mellinschen Heilanstalt und Pflegerinnenschule in Dorpat, Dr. Johannes Meyer, die Doktorwürde an der dortigen Universität erlangte. Der Jubilar praktiziert seit 1886 in Dorpat und ist ausserdem Privatdozent für Gynäkologie an der Universität, Stadtverordneter und Glied der städtischen Sanitätskommission sowie derzeitiger Präses der Dorpater medizinischen Gesellschaft.

— Am 14. April beging der hiesige Arzt Dr. Moritz Goldenblum sein 25-jähriges Jubiläum — jedoch nicht als Arzt, sondern als Musikdirigent und Musikkritiker. Vor 25 Jahren gründete er nämlich als damaliger Student der Medizin in Dorpat das «Burschenorchester», welches er nahezu fünf Jahre geleitet hat. Auch in Petersburg ist er neben seinem ärztlichen Beruf als Dirigent und Musikkritiker tätig und namentlich in deutschen Kreisen als langjähriger Musikreferent des «St. Petersb. Herold» bekannt.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 3. April in Reval der frühere Ordinator am dortigen Militärhospital, Dr. John Frese, im Alter von nahezu 67 Jahren. Der Hingeschiedene war am 20. April 1841 zu Reval geboren und erhielt auch im dortigen Gouvernements-Gymnasium seine Schulbildung, worauf er sich von 1860—66 an der Dorpater Universität dem Studium der Medizin widmete. Nach Erlangung der Doktorwürde setzte er 1867 seine Studien in Berlin und Wien fort, war dann 1868—69 Assistent von Professor Bergmann an der chirurg. Klinik in Dorpat und fungierte während des deutsch-französischen Krieges als Arzt bei Paris, wo er längere Zeit auch ein Lazarett leitete. Nach Russland zurückgekehrt, liess er sich als praktischer Arzt in Reval nieder, wo er auch Gymnasialarzt und 25 Jahre hindurch Ordinator am Militärhospital war, bis er durch zunehmende Kränklichkeit sich gezwungen sah, im Jahre 1902 seinen Abschied zu nehmen und sich vom öffentlichen Leben zurückzuziehen. Seine strenge Pflichttreue und Rechtlichkeit, sagt ein Revaler Blatt ihm nach, werden dem Verstorbenen über sein Grab hinaus nicht vergessen werden. 2) Am 2. April in St. Petersburg Staatsrat Dr. Nikolai Eck, früherer Arzt beim Finanzministerium, im 58. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seine medizinische Ausbildung an der früheren mediko-chirurgischen Akademie erhalten hatte und seit 1871 hier praktizierte, galt als ein begabter und vielseitig gebildeter Arzt, dessen Behandlungsmethoden ihm einen Kreis von Anhängern zuführten, bei Skeptikern aber nicht immer Anklang fanden. Schon als Student veröffentlichte er die Beschreibung einer von ihm erfundenen sinnreichen Fisteloperation, die aber an Menschen wohl kaum ausgeführt worden ist. 3) Am 28. Februar im Kirchdorfe Durowschtschina (Gouv. Rjasan) der Landschaftsarzt Alexander Jeremin, der erst im Herbst vorigen Jahres die Venia practicandi erlangt hatte, am Flecktyphus. 4) In Warschau Dr. Joseph Kunewitsch im 58. Lebensjahre nach mehr als 30-jäh-

riger ärztlicher Tätigkeit als Frauenarzt daselbst. 5) In Wien am 9./22. April der berühmte Laryngologe Prof. Dr. Leopold v. Schrötter, Direktor der III. medizinischen Klinik an der dortigen Universität, plötzlich im 72. Lebensjahre. Er hatte zahlreiche Mitglieder des gerade in Wien tagenden Laryngologenkongresses zu einem Mahle in sein Haus geladen und in lebhafter Weise ein Hoch auf die Gäste ausgebracht. Eine halbe Stunde, nachdem die Gäste sich entfernt hatten, wurde Schrötter vom Tode ereilt. Eine Leuchte der Wissenschaft, ein Arzt, der sich um die Entwickelung der Laryngologie die grössten Verdienste erworben hat, ist mit Schrötter dahingeschieden. Er war in Graz geboren und studierte in Wien, wo er 1831 promovierte und Assistent des Chirurgen Schuh und dann des Reformators der inneren Klinik Prof. Skoda war. Schon damals beschäftigte er sich selbständig mit der Laryngoskopie, so dass er 1869 nach Türcks, des Mitbegründers der Laryngologie, Tode mit dem neu errichteten Lehrstuhl für Laryngologie betraut wurde. Nach Oppolzers Tode wurde ihm die Leitung der I. medizinischen Klinik provisorisch übertragen und zu Anfang der 90-er Jahre erfolgte seine Ernennung zum Direktor der III. med. Klinik. Zahlreich sind seine wissenschaftlichen Arbeiten, die sich anfangs hauptsächlich mit der Laryngologie beschäftigen, so seine Monographie über die endolaryngeale Operation der Kehlkopfpolypen und die Behandlung der Larynxverengerungen mittels Metallbougies. Später wandte er sich mehr der inneren Medizin zu und bearbeitete die Herzkrankheiten für das Ziemssen'sche Handbuch und die Gefässkrankheiten im Nothnagel'schen Sammelwerke. Wir erinnern noch daran, dass Prof. Schrötter, wie auch Virchow und Bergmann, vor 20 Jahren zu denen gehörte, welche keinen Augenblick über das Leiden des damaligen deutschen Kronprinzen Friedrich im Zweifel waren und deshalb zur Radikaloperation drängten. Das Einschreiten des englischen Laryngologen Mackenzie, welcher diese Operation zu verhindern wusste, hat auf Schrötter damals derart niederschmetternd gewirkt, dass er in seinem Kolleg, als er vor seinen Schülern über den Befund beim Kronprinzen sich äusserte, wegen der getroffenen Massnahmen geweint haben soll.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. März d. J. 12747 (120 wen. als in der Vorwoche), darunter 1406 Typhus — (148 wen.), 921 Syphilis — (31 wen.), 217 Scharlach — (5 wen.), 193 Diphtherie — (16 wen.), 107 Masern — (9 mehr), und 78 Pockenkranke — (9 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 23. bis zum 29. März d. J. im ganzen 1255, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 3, Typhus abdom. 52, Febris recurrens 15, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 55, Scharlach 23, Diphtherie 22, Croup 0, Keuchhusten 7, Kroupöse Lungenentzündung 52, Erysipelas 4, Grippe 24, Katarrhalische Lungenentzündung 196, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 289, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 19, Tuberkulose der Lungen 119, Tuberkulose anderer Organe 30, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 73, Marasmus senilis 36, Krankheiten des Verdauungskanals 150, Totgeborene 60.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 22. April 1908.

Tagesordnung: Amburger: Ueber traumatische Rückenmarksblutung.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 5. Mai 1908.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker,** Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker,** Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16.

(4) —40.

BAD KUDOWA

Reg.-Bez. Breslau
Bahnst. Kudowo oder Nachod.
400 m über dem Meeresspiegel.

Saison: Vom 1. Mai bis Oktober.

Arsen-Eisenquelle: Gegen **Herz-**, Blut-, Nerven- und Frauenkrankheiten.
Lithion-Quelle: Gegen Gicht, Nieren- und Blasenleiden.
Natürliche Kohlensäure- und Moorbäder.
Neu erbohrte, ausserordentlich kohlensäurehaltige und ergiebige Quelle. Komf. Kurhotel. Theater- und Konzertsäle. Anstalt für Hydro-, Elektro- und Licht-Therapie. Medico-mechanisches Institut. Hochwasserleitung und Kanalisation.

Badeärzte: Geh. Sanitäts-Rat Dr. Jacob, Dr. Karfunkel, Dr. Hermann, Dr. Witte, Privat-Dozent Dr. Ruge, Sanitäts-Rat Kuhn, Dr. Silbermann, Dr. Münzer, Dr. Brodzki, Dr. Hirsch, Dr. Loebinger, Dr. Kabierschke, Dr. Bloch, Dr. Schnabel, Zahnarzt Dr. Wolfes.

Brunnen-Versand durch die Generalvertretung Dr. **S. Landsberg,** Berlin SW. Gitschinerstr. 107, Telephon-Amt IV 1048, und die Bade-Direktion Kudowa.

Prospekte gratis durch **sämtliche Reisebüros, RUDOLF MOSSE** und

Die Bade-Direktion.





Saison: Anfang April bis Ende Oktober

2 Solesprudel mit hohem Kohlensäuregehalt zu Badekuren

Rakoczy
Maxbrunnen u. Pandur
weltberühmt für
Trinkkuren
(Wasserversand)

Moorbäder, Gradierwerk, Inhalatorien, Pneumatische Kammern, Traubenkur.
Auskünfte und Prospekte: **Kurverein.**

(63) 5—2.

SPERMINUM-POEHL

(Essentia Spermini-Poehl)
30 Tropfen 3 mal täglich 1/2 Stunde vor dem Essen.
Sperminum-Poehl pro Injektione.
Sperminum-Poehl sicc. pro clysm.
gegen **Neurasthenie, Marasmus senilis,** bei Uebermüdungen und schweren Erkrankungen, wie **Bleichsucht** (Anemia), **Rachitis Podagra,** chron. **Rheumatismus, Syphilis, Tuberkulose, Typhus, Herzerkrankungen** (**Myocarditis, Fettherz**), **Hysterie, Rückenmarksleiden, Impotentia** (bei Neurasthenie), **Paralyse** etc. etc. und für **Rekonvaleszenten.**

Cerebrinum-Poehl gegen Epilepsie, Alkoholismus, Nervenleiden.

Thyreoïdinum-Poehl gegen Nervenleiden, Obesitas, Eklampsie, Hautkrankheit., Myxoedem etc.

Mamminum-Poehl gegen Uterusfibrome, Menorrhagien, Metrorrhagien etc.

Ovarinum-Poehl Klymakterische Symptome, nervöse Erscheinungen bei Klymax (nach Ovariotomie) Hysterie, Chlorose.

1. Tabletten (zum innerl. Gebrauch u. in Lösung zu Bleibclysm.)
2. pro Injectione in Ampullen.

Reniinum-Poehl gegen Nephritis parench., Niereninsufficienz, Urämie.

Adrenal-Poehl Wirksamer Bestandteil der Nebenniere. Gefässadstringierend, gegen **Schleimhautentzündung, Blutung** etc. Tuben à 0,002. 10.0 und 30,00 Solution 1 : 1000.

Auf eventuelle Anfrage senden wir gratis unser **Organotherapeutisches Kompendium,** in welchem die Literatur, Indikationen und Anwendungsweise verzeichnet sind.

Zu haben in allen grösseren Apotheken.
Literatur gratis und franko vom
Organotherapeutischen Institut

Prof. Dr. v. Poehl & Söhne

St. Petersburg, Russland.

Vor Nachahmungen und Verfälschungen wird dringend gewarnt.

(14) 6—3.

SCHLAMM- und SEEBAD HAPSAL

in Estland. Direkte Eisenbahn- und Dampferverbindung.

Saison vom 20. Mai bis 1. Sept.

Hervorragender Bade- und Luftkurort bei mittlerer Sommertemperatur von 17,9° C. Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Alkali-, Eisen- und kohlensaure Bäder. Kaltes Seebad, vorzüglich zur Nachkur; mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Orthopädische Anstalt, Massage, Lichtbäder. Grosse Tannen- und Fichtenwälder in unmittelbarer Nähe des Kurorts. Mit bestem Erfolge werden geheilt: Alle Formen von Rheumatismus, Gicht, chronische Frauenleiden, Skrophulose, Hautkrankheiten, chronische Knochen- und Gelenkerkrankungen. Ausserordentlich geeignet für alle Erholungsbedürftige und Kinder. Musik, Konzerte, Tanzabende, Segel- und Rudersport. Broschüre und Wohnungsauskunft durch die

Bade-Kommission.

(54) 5—5.



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.
Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,
(21) 52—15. St. Petersburg. Ofizerskaja 6, Quartier 37.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 17 St. Petersburg, den 26. April (8. Mai). 1908.

Ein Beitrag zur Bakteriologie der Conjunctivitis.

Von

Dr. Roman v. Mende,

Assistent der Wr. Reimerschen Augenheilanstalt zu Riga.

Die verschiedene geographische Verbreitung der einzelnen Conjunctivitiserreger liess es mir interessant erscheinen auch am Rigaschen Krankenmaterial das prozentuale Verhältnis dieser Erreger festzustellen. Des weiteren lag mir daran auch in die klinischen und epidemiologischen Eigentümlichkeiten der durch die verschiedenen Bakterien verursachten Conjunctivitisformen bei ihrem Auftreten in Riga Einsicht zu erlangen, da auch in dieser Hinsicht bedeutende Schwankungen in den verschiedenen Ortschaften vorzukommen scheinen. Zu diesem Behufe war mir das Material der Reimerschen Augenklinik von ihrem Direktor, Herrn Dr. J. Stavenhagen freundlichst zur Verfügung gestellt worden, dem ich hierfür auch an dieser Stelle meinen Dank ausspreche.

Meine Untersuchungen reichten vom 9. Juni 1907 bis 9. Januar 1908 und erstreckten sich im Ganzen auf 234 Fälle. In Betracht gezogen wurden alle akuten und subakuten Conjunctivitiden mit deutlichen Entzündungserscheinungen, auch Trachome, falls sie mit starker Sekretion einhergingen und das Bild eines sogenannten akuten Trachoms boten. Als Untersuchungsmethode konnte ich aus äusseren Gründen leider nur die Färbung des Ausstrichpräparates benutzen. Indessen stimmen die meisten Autoren mit Axenfeld darin überein, dass die Deckglasdiagnose für die meisten Fälle von Conjunctivitis genügt. Als Färbungsmethode wurde stets die Gram'sche benutzt.

Von den 234 Fällen waren 76 ohne deutlichen bakteriologischen Befund. Es handelte sich bei ihnen zum Teil um Trachome, scrophulösen, traumatischen oder Schwellungskatarrh, zum Teil um Fälle, bei denen die Frist zwischen Erkrankung und ärztlicher Konsultation eine verhältnismässig zu lange war, zum Teil endlich um Fälle die zu wenig Material für einen genügenden Ausstrich lieferten.

Die übrigen 158 Fälle verteilten sich in folgender Weise auf die einzelnen Erreger:

Koch-Weeksbazillen: 57 Fälle oder 36%.
Morax-Axenfeldsche Diplobazillen: 37 Fälle oder ca. 23%.
Gonokokkus: 19 Fälle oder ca. 12%.
Pneumokokkus: 17 Fälle oder ca. 11%.
Streptokokkus 2 Fälle oder ca. 1,3%.
Kein deutbarer Befund: 26 Fälle oder ca. 18%.

In die letzte Gruppe, d. h. ohne deutbaren Befund, sind die Fälle inbegriffen, wo entweder reine Saprophyten, wie Xerosebazillen und grosse grampositive Kokken in reichlicher Anzahl vorhanden waren, wo es sich um Bakterien handelte, die sich nach dem Ausstrichpräparat allein nicht rubrizieren liessen, wie: mittelgrosse, grampositive Diplo- und Tetrakokken, kleine gramnegative Diplokokken u. and.

Was die klinischen und epidemiologischen Eigentümlichkeiten der einzelnen Conjunctivitisarten anbelangt, so konnte ich folgendes feststellen.

Der Koch-Weeks Katarrh herrscht in Riga endemisch und zwar wird er vorzugsweise durch einige Herde in der Moskauer Vorstadt unterhalten. In meh-

reren Fällen handelte es sich um Familien-, Haus- und Schulepidemien, wobei aber nur selten alle Glieder des betreffenden Verbandes ergriffen waren. Die Mehrzahl der Erkrankten waren Kinder (von 57 Fällen 31) im Alter von 14 Tagen bis 14 Jahren. Der klinische Verlauf zeigte alle Abstufungen, vom leichten akuten Katarrh mit geringer schleimig-eitriger Absonderung bis zu den schweren Erscheinungen, die anfangs an eine gonorrhoische Blennorrhoe denken liessen. Der Verlauf war immer ein günstiger, selbst wenn — was namentlich bei Kindern nicht selten war — membranöse Auflagerungen sich bildeten. In zwei Fällen kam es zu Hornhautinfiltraten, die mit Hinterlassung kleiner zarter Trübungen ausheilten. Einseitigbleiben des Katarrhs ist eine grosse Seltenheit. In 4 Fällen war die Infektion auf ein wahrscheinlich schon vorher bestehendes Trachom des I. resp. II. Stadiums erfolgt und bedingte das Bild eines akuten Trachoms.

Die Morax-Axenfeldsche Conjunctivitis herrscht gleichfalls endemisch in Riga. Die meisten der Fälle boten die charakteristischen Symptome dieser Conjunctivitisform — Exacerbationen, Catarrhus angularis, Blepharitis, weissliches fadenziehendes Sekret — dar, in anderen bestand ein mässig intensiver subakuter Katarrh, in vereinzelten Fällen ein akuter Katarrh, der aber nie die Höhe der entzündlichen Erscheinungen der Koch-Weeks Conjunctivitis erreichte. Ergriffen waren mit einer einzigen Ausnahme (13-jähriger Knabe) nur Erwachsene. Der Prozess war immer ein doppelseitiger.

Die Gono-Blennorrhoeen verteilten sich auf 10 Neugeborene, 3 Kinder von 6—7 Jahren und 6 Erwachsene. Der Verlauf war der gewöhnliche: bei den Neugeborenen ein relativ leichter (keine Komplikationen von Seiten der Hornhaut) bei den älteren Kindern ein schwererer (ein unkomplizierter Verlauf, 2 mit mehr weniger umfangreichem Leukom), am schwersten bei den Erwachsenen (1 Heilung ohne Hornhauttrübung 1 mit kleinem, 2 mit umfangreichem adhaerierendem Leukom, bei zweien blieb der Ausgang unbekannt).

Der Pneumokokkus erscheint als Erreger der Conjunctivitis sporadisch während des ganzen Jahres, ausserdem giebt er Veranlassung zu kleinen Epidemien, die vorzugsweise in der kalten Jahreszeit aufzutreten scheinen, ein Umstand auf den bereits Rymowitsch hingewiesen hat. Vom Juni bis zum Januar verteilte sich die Gesammtzahl in folgender Weise: 1 Fall im Oktober, 3 im November, 8 im Dezember, 5 vom 1. bis 9. Januar. Zweimal handelte es sich um eine Familienepidemie. Auch hier überwiegen die Kinder (11 von 17 Fällen). Stets verlief die Conjunctivitis sehr gutartig und mit nur wenig ausgeprägten Entzündungserscheinungen, nur in einem Falle bei einem 1-jährigen Mädchen war die Lidschwellung eine bedeutendere. Es wurde mir daher auch keine Gelegenheit geboten, den von anderen Autoren geschilderten kritischen Verlauf dieser Erkrankung beobachten zu können. Wesentliche Allgemeinstörungen bot keiner der Erkrankten. Häufiger als bei der Koch-Weeks Conjunctivitis konnte ein Einseitigbleiben der Erkrankung konstatiert werden.

Die beiden Fälle von Streptokokkenconjunctivitis konnte ich leider nur ein mal sehen, da sich die Patienten der weiteren Behandlung entzogen. Der eine bot das Bild einer mittelschweren eitrigen Conjunctivitis, ohne besondere Merkmale. Im Sekret fanden sich neben Strepto- auch Diplokokken. Im anderen Fall handelte es sich um ein marastisches 4 Monat altes Kind, das seit 6 Wochen an einer schweren eitrigen Conjunctivitis litt, und dessen beide Hornhäute bereits total zerstört waren.

Ein Fall von Querlage mit drohendem Armvorfall bei Uterus bicornis am Ende der Schwangerschaft. Wendung auf die Füsse — Extraktion.

Von

Dr. Walther Hollmann in Dorpat.

In der Nr. 8 vom 25. Februar a. c. dieser Wochenschrift macht der Frauenarzt M. Jacoby Mitteilung „über eine Steissgeburt am Ende der Schwangerschaft bei Uterus bicornis" und betont die Seltenheit der ausgetragenen Schwangerschaften bei diesem Bildungsfehler.

Ich bin nun in der Lage die Kasuistik durch eine Beobachtung, die ich kürzlich machen konnte zu bereichern.

Am 6. Dezember 1907 um 7 Uhr Abends wurde ich durch die Hebamme zu einer Kreissenden gerufen wegen heftiger continuirlicher Schmerzen im Unterleibe und Aufhörens richtiger Wehen.

Julie K., eine 29-jährige in Werro wohnhafte Bäuerin hatte vor $1^1/_2$ Jahren zum ersten Mal geboren; damals war unter ärztlicher Beihilfe (wahrscheinlich Forceps — die Pat. kann keine genauen Aussagen machen «wegen der Narkose, der sie unterworfen worden war») ein ausgetragener lebender Knabe zur Welt gebracht worden. Seitdem besteht Hängebauch. Pat. giebt an, während der jetzigen Schwangerschaft oft an Unbehagen und häufig an Erbrechen gelitten zu haben. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft habe der übermässig grosse Bauch durch starkes Hängen sie bei der Verrichtung ihrer häuslichen Arbeiten recht gestört,

Wehen bestehen seit 14 Stunden, anfänglich sehr stark, nach dem Wasserabfluss jedoch — ca. 4 Uhr nachmittags — haben sich die Wehen gelegt, um einem heftigen continuirlichen Schmerz im Kreuz und Unterleib Platz zu machen.

Der Leib ist sehr gross, unsymmetrisch gewölbt: rechts reicht der stark gespannte Uterus bis an den Rippenbogen, in der Mittellinie besteht eine deutliche Delle; der linke Uteruskörper fällt gegen den rechten stark ab. Bei der Betastung des Leibes fällt eine übermässige Dünne der Bauchdecken auf, die Einzelheiten der Kindsteile lassen sich überraschend deutlich palpieren. Füsschen und Steiss befinden sich im rechten Horn, der Rücken liegt unten, das Köpfchen steht fest auf der linken Darmschaufel auf; Herztöne 110, matt.

Innere Untersuchung (auf dem Querbett): Muttermund verstrichen, der linke Ellbogen liegt vor, der Oberarm ist nach hinten — oben (Richtung zur Axe des Kindes) geschlagen, die Axelhöhle maximal geöffnet; ausserdem lassen sich das linke Schulterblatt sowie das zurückgewandte Hinterhaupt von links her und Wirbel sowie Rippen von rechts her abtasten.

Sofort Narkose (Dr. Reichardt) und Wendung; das Fruchtwasser war vollständig abgelaufen, Uteruswand papierdünn und prall gespannt, die Wendung daher sehr erschwert. Während des Herabholens des linken Fusses stirbt das Kind ab, dann Drehung des Rückens nach vorn und Herabholen des rechten Fusses. Lösung der Arme wegen ansehnlicher Grösse des Köpfchens einigermassen erschwert; Kopf, Gesicht nach vorn — wird spontan geboren. Damm heil. Kind, sehr kräftig entwickelter voll ausgetragener Knabe, tot, Nabelschnur 2 mal um rechten Oberarm und Schulter geschlungen. Die Plazenta folgt $^1/_2$ Stunde nach vollendeter Geburt des Kindes spontan. Blutung gering.

Jetzt lässt sich — bei guter Kontraktion des Uterus — eine deutliche Zweiteilung des Fundus konstatieren, zwischen den beiden starren Buckeln befindet sich eine Vertiefung, welche die halbe Faust aufnimmt. Die Bauchdecken sind dünn und schlaff, es besteht eine vollständige Diastase der schmächtigen m. m. recti, deren mediane Ränder beiderseits etwa in der Mamillarlinie liegen.

Im Verlauf des Wochenbettes zeigte sich am 3. Tage eine Temperatursteigerung bis 39,3 bei einem Pulse von 116, dabei jedoch keine anderen alarmierenden Symptome vorhanden. Die Temperatur fiel im Laufe der nächsten Tage spontan lytisch ab, — am 7. Tage (13. Dezember) war Pat. fieberfrei, der Fundus Uteri stand 1 Fingerbreite über der Symphyse, liess eine angedeutete Sattelform erkennen. Subjektiv hatte die ganze Woche über Wohlbefinden bestanden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. O. Bürger: Die Geburtsleitung bei engem Becken. Wien. Safár. 1908.

Dr. O. Bürger hat in einer Monographie das Material der Schauta'schen Klinik verarbeitet. Im ganzen sind es 5288 Fälle von engem Becken, die auf 49397 Geburten im Verlauf von 15 Jahren beobachtet wurden. Nach genauer Klassifizierung und kritischer Besprechung aller in Anwendung gebrachter therapeutischer und operativer Massnahmen, auf deren interessante Einzelheiten an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann, kommt der Verfasser zum Schlusse, dass das exspektative Verhalten selbst bei höheren Graden von Beckenverengerungen in erster Linie festzuhalten ist. Sowohl die künstliche Frühgeburt als auch die prophylaktische Wendung und hohe Zange sind auf das Aeusserste einzuschränken. Speziell ist bis 7½ cm. Conjugata vera die spontane Geburt eines reifen Kindes zu erwarten. Dadurch wird nicht nur das Indikationsgebiet der genannten Operationen, sondern auch das der relativen Sectio caesarka wesentlich eingeschränkt, an deren Stelle bei C. v. von 7–8 cm. die subkutane Hebosteotomie in Frage kommt. Der Kaiserschnitt bleibt bei garantierter Asepsis für alle Fälle reserviert deren Conjugata unter 7 cm. beträgt, er bleibt auch wie bisher die einzige Entbindungsart bei C. v. unter 6½ cm. Das genaue Studium des in hohem Grade interessanten Buches von Bürger kann den Fachkollegen nur dringend empfohlen werden.

W. Beckmann.

Dr. C. H. Stratz: Die Körperpflege der Frau. Physiologische und aesthetische Diätetik für das weibliche Geschlecht. Allgemeine Körperpflege, Kindheit, Reife, Heirat, Ehe, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Wechseljahre. Mit einer Tafel und 79 Textabbildungen. Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart. 1907.

Im ganzen ist der Inhalt schon in Obigem wiedergegeben. Verfasser hat den Versuch gemacht «die physiologische und aesthetische Diätetik des Weibes unter dem neuen Gesichtspunkt einer Kallobiotik oder Lehre schön d. h. gesund zu leben zu vereinigen». Das Werk ist daher in erster Linie für die Frauen bestimmt und soll ihnen ein zuverlässiger Ratgeber sein, ohne deshalb aus ihnen «halbwissende Kurpfuscherinnen» zu machen.

Wir hoffen, dass es in der Frauenwelt eine weite Verbreitung erfahren wird, da es allgemeinverständlich, interessant und fesselnd geschrieben ist, und viele wichtige Fingerzeige enthält, wie die Frauen sich in den verschiedenen oben angeführten Lebenslagen zu verhalten haben, die so grosse Veränderungen im weiblichen Organismus bedingen.

Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche, sowohl in Bezug auf Druck und Papier, als auch auf die Abbildungen.

Fr. Mühlen.

Fischer's Kalender für Mediziner. Herausgegeben von Dr. A. Seidel. 1908. 20. Jahrgang. Berlin W. 35. Fischers Medizinische Buchhandlung H. Kornfeld.

Der bekannte Fischer'sche Kalender ist auch für dieses Jahr erschienen und unterscheidet sich im wesentlichen nicht von den früheren Jahrgängen. Er ist sehr bequem und brauchbar und enthält u. a. ein sehr genaues Verzeichnis der Arzneimittel nebst ihrer Anwendung und Dosierung, das auch entsprechend den Fortschritten der Medizin immer aufs Neue vervollständigt wird.

Fr. Mühlen.

Dr. Richard Lenzmann: Die Pathologie und Therapie der plötzlich das Leben gefährdenden Krankheitszustände. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1907.

Das stattliche, über 500 Seiten umfassende Werk zerfällt in 6 Abschnitte. Es werden in denselben behandelt die plötzlich das Leben gefährdenden Krankheitszustände bewirkt durch Erkrankungen des Gehirn- und Nervensystems, des Atmungsapparates, des Zirkulations- und Digestionsapparates, das uropoetischen Systems und durch abnormen Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Jedes Kapitel ist mit besonderer Sorgfalt bearbeitet, und die Aetiologie, Pathogenese und Symptomatologie der einzelnen Krankheitszustände genau geschildert. Da der Verfasser hauptsächlich für den praktischen Arzt geschrieben hat, so hat er auch besonderes Gewicht auf die Therapie gelegt und das Neueste berücksichtigt.

Obgleich man in jedem Spezialwerk dasselbe finden kann, so hat das Werk doch darin einen grossen Wert, dass man in ihm alle das Leben plötzlich gefährdenden Krankheitszustände vereinigt findet, und es daher als Nachschlagebuch zur schnellen Orientierung besonders geeignet erscheint.

Fr. Mühlen.

E. Grawitz: Hämatologie des praktischen Arztes. Leipzig. Thieme. 1907. 211 S.

Vorliegendes Buch hat den Zweck, dem Praktiker einen Ueberblick über die Kapitel der Hämatologie zu ermöglichen, die klinisch und praktisch von Wichtigkeit sind. Auf wissenschaftliche Kontroversen und Literaturangaben wird nicht eingegangen. Wir haben somit einen, vom Autor redigierten Auszug aus dem grossen Werk «klinische Pathologie des Blutes» vor uns, welches ja kürzlich in 3-ter Auflage erschienen ist. Das Büchlein kann allen Kollegen, die sich auf dem fremden Gebiet schnell orientieren wollen, empfohlen werden. Die bekannten, vorzüglichen Blutbilder aus dem grossen Werk sind mit herübergenommen.

Es soll nicht verschwiegen werden, dass Grawitz auf einigen Gebieten der Hämatologie Ansichten vertritt, die von vielen Hämatologen zur Zeit angegriffen werden, so z. B. in der Frage der Pseudoleukämie. Doch sind das durchaus noch nicht abgeschlossene Kapitel, so dass dem praktischen Arzt jedenfalls kein Schaden daraus erwächst, wenn er andere Theorieen als die Grawitz'schen nicht kennen lernt. In der Frage der Botriocephalusanämie hätte Verf. vielleicht die Identität derselben mit der echten «Biermer'schen Anämie» schärfer betonen sollen. Hier kann nicht eindringlich genug auf die schönen, neuen Untersuchungen von Tallquist hingewiesen werden.

O. Moritz.

Langstein: Die Albuminurieen älterer Kinder. Habilitationsschrift. Leipzig. Thieme 1907. 50 S.

Die Schrift des Berliner Dozenten giebt eine gute Uebersicht über die Frage der «orthotischen» oder «Stellungs-Albuminurie». Die Literatur ist ziemlich vollständig zitiert, soweit die wichtigsten deutschen Arbeiten in Betracht kommen. Neu ist die interessante Tatsache, dass ein Fall von Stellungsalbuminurie der an einem Hirntumor zu Grunde ging, vollständig normale Nierenstruktur ergab. Dieser Befund bestätigt somit die, jetzt wohl schon meist vertretene Ansicht, dass «echte Nephritis» und orthotische Albuminurie ganz verschiedene Erkrankungen sind, und dass letztere nicht zur ersteren führt, — wie zeitweilig von verschiednen namhaften Aerzten angenommen wurde. Auf den Zusammenhang zwischen Tuberkulose und orthot. Alb. wird gebührend hingewiesen. Zu sehr betont wird m. E. vom Verf., dass der Urin keine Formelemente enthalten dürfe, wenn an der Diagnose: «orthotische Albuminurie» kein Zweifel sein soll. Hyaline Zylinder dürften sich in diesen Fällen wohl immer finden lassen und auch ein vereinzelter granulierter Zylinder kann bei echter orthotischer Alb. wohl vorkommen, wie Ref. aus eigner Erfahrung mit Sicherheit behaupten kann.

O. Moritz.

Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang. Publiées sous la direction du Dr. H. Vaquez. Rédacteurs en chef: Laubry, Aubertin, Heitz. 1-er Année. No. 1. Janvier 1908. Paris. Baillière. Abonnements: France 15 Fr. Etranges 17 Fr. Le No. mensuel 1.50.

Die neue Zeitschrift stellt eine Art Centralblatt für die im Titel angegebenen Themata dar. Ausser Originalien sollen Referate über wichtige Arbeiten aus dem betr. Gebiete gebracht werden. Den Schluss der Nummer bildet die kurze Aufzählung einschlägiger Arbeiten, geordnet nach den Hauptkapiteln: Herz, Gefässe, Blutdruck, Blut. Auch Anzeigen von Vorlesungen, Vorträgen und Demonstrationen aus dem «Cirkulationsgebiet» finden sich. Die erste Nummer bringt 1 Arbeit von Vaquez über die «pharmakodynamische und therapeutische Wirkung der Nitrite», 1 Abhandlung von Menetrier und Touraine über «Röntgenstrahlen bei lymphoider Leukämie» und 1 Artikel von Loeper: «Nahrungsgifte und Atheromatosis».

Nach dem Vorbilde der diversen deutschen «Folia» (haematologia, urologica etc.) die internationale Bedeutung erstre-

ben, z. T. wohl auch haben, zählt das neue Archiv viele namhafte ausländische Gelehrte zu Mitarbeitern. Von deutschschreibenden Autoren seien genannt: Ehrlich, Hering, Hirschfeld, Pal, Pappenheim, Türk, Wenckebach.

Das neue Unternehmen wird bald seinen Leserkreis haben.

O. Moritz.

Ebstein und Schwalbe: Handbuch der praktischen Medizin. Bd. III und IV. Stuttgart, Verlag von F. Enke.

Im III. Bande finden wir in der Bearbeitung von Mendel die spezielle Psychiatrie abgehandelt, sodann von Ziehen die Krankheiten des Gehirns, einschliesslich des verlängerten Marks. Obersteiner und Redlich beschreiben die Erkrankungen des Rückenmarks, Edinger die Erkrankungen der peripheren Nerven, Redlich allgemeine Neurosen, Ziehen funktionelle Sprachstörungen und Nicolaier Tetanus. Von Damsch bearbeitet bildet die Darstellung der Krankheiten des Bewegungsapparates den Schluss dieses ungemein reichhaltigen Bandes.

Im IV. Bande kommt zunächst die Lehre von den akuten allgemeinen Infektionskrankheiten, bearbeitet von Wassermann, Unverricht, Schwalbe, Rumpf, Reiche, Sticker, Dehio, Finlay, dann folgen Zoonosen in der Bearbeitung von Nicolaier, Konstitutionskrankheiten in der Bearbeitung von Ebstein und endlich Vergiftungen von Brieger, Harnack und Marx.

Das Werk liegt nunmehr vollendet vor und es bedarf nach den genannten Namen wohl keiner besonderen Empfehlung desselben. In 3 Sprachen ist es schon übersetzt, ein Beweis, dass es einem praktischen Bedürfnis entgegenkommt, und auch die deutsche Ausgabe wird sicher viele Freunde finden.

Wichert.

Rich. Schmidt: Fakire und Fakirtum im alten und modernen Indien. 240 S. Mit 87 Reproduktionen indischer Original-Aquarelle. Brosch. 8 M. Verlag v. Barsdorf. Berlin. 1908.

Vorliegendes Buch ist für das grosse Publikum bestimmt, wird jedoch besonders in ärztlichen Kreisen Interesse finden. Sind doch für die Geschichte der Hypnose die Praktiken der Fakire, der «Yogin's», ihre Lehre wie deren Anwendung, von grosser Bedeutung. Das Buch enthält 6 Kapitel. 1. Askese und Askesentum. 2. Berühmte Asketen. 3. Die Wundertaten der Yogins. 4. Berichte über die Yogin's aus Reisewerken. 5. Die Philosophie des Yoga. 6. Yoga-Praxis.

Eine aufmerksame und genaue Lektüre aller Einzelheiten des Werkes wird wohl nicht vielen «Laien in rebus indicis» gelingen, sind doch die genauen Aufzählungen aller der Handlungen der Yogin's nur für den gelehrten Fachmann von Interesse. Und wer kein Sanskrit versteht, dem wird die Durchsetzung einzelner Kapitel mit unaussprechlichen sanskritischen Bezeichnungen mehr Zungen- und Kopfzerbrechen als Freude bereiten. Trotzdem wird man andere Kapitel mit dem grössten Interesse lesen. Durch das ganze Buch zieht als Leitmotiv der grundlegende Gedanke des «Yoga» oder Fakirtum's: «die Vereinigung der individuellen Seele mit der Weltseele durch Meditation herbeiz. führen, und diese durch mechanische Mittel zu unterstützen». Als Ziel hat die Yoga-Philosophie die Erlösung des Individuums von der Seelenwanderung.

Der grosse Wert des Buches liegt in der wissenschaftlichen Bedeutung seines Verfasser's, der einen grossen Teil des Inhalts selbst aus indischen Originaltexten übersetzt hat und dieselben so zum ersten Mal dem weiteren Studium der gebildeten Welt zugänglich macht. Dem ganzen Wesen des Yogatum's steht der Verf., wie er ausdrücklich betont, durchaus nüchtern und kritisch gegenüber. Er hat sich auf dieses «rare Kapitel menschlicher Narrheit» nur eingelassen, weil er der Ansicht ist, dass das Fakirwesen einen Kern enthält, der für die Geschichte der Menschheit nicht unwichtig ist und gerade in der Zeit des Wiederaufflackerns des Spiritismus weite Kreise interessieren würde.

O. Moritz.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 27. November 1907.

Vorsitzender: Blessig. Protokollführender: O. Moritz.

1. Bary: Psychiatrische Fragen (Erscheint in der Petersburger Mediz. Wochenschrift).

Diskussion:

Anderson fragt, ob die Commotio cerebri als ätiologisches Moment für Geisteskrankheiten häufig in Betracht käme.

Masing erkundigt sich bei dem Vortr., ob bei den besprochnen Geisteskranken bestimmte pathol. anatom. Befunde im Gehirn als charakteristisch gelten können.

Blessig wünscht vom Vortr. etwas über die bei maniakalischen Zuständen übliche Therapie zu hören, speziell, ob Zwangsmassregeln stets entbehrlich sind.

Bary. Auf die Frage des D.-A. wäre zu antworten, dass ein schweres Trauma des Kopfes selbstverständlich schwere psychische Störungen bewirken kann. Ausser den rein somatischen Schädigungen, wie Ausfallserscheinungen, kommen hier hauptsächlich die psychischen Momente, besonders der Schreck, in Betracht. (Die «traumatische Neurose.») Ob ein Kopftrauma, wie behauptet wurde, zu progressiver Paralyse führen kann, erscheint fraglich.

Die Sektionsbefunde sind trotz unzähliger Obduktionen bei den echten Geisteskranken meist völlig negativ. Die von Nissl gefundenen und studierten mikroskopischen Veränderungen beziehen sich meist auf Untersuchungen an vergifteten und frisch getöteten Tieren. Die Veränderungen, die mit der Nissl'schen Methode an menschlichen Leichen konstatiert wurden, dürften zum grossen Teil auf postmortale Fäulnisprozesse bezogen werden. Hierher gehören wohl auch die von Franzosen beschriebenen Veränderungen im Ammonshorn bei Epilepsie. Die meisten Psychiater neigen jetzt wohl der Ansicht zu, dass den psychischen Störungen wohl meist toxische Einflüsse in Verbindung mit Kreislaufstörungen zu Grunde liegen. Anders liegen die Verhältnisse natürlich bei den echten Organerkrankungen, wo ein charakterischer Befund bei der Obduktion gefunden wird und wohin auch die Gehirnveränderungen bei progressiver Paralyse gehören.

Die Behandlung ist meist, soweit es sich um schwere Erregungs- oder auch Depressionszustände handelt: 1) eine Bettbehandlung 2) eine Wasserbehandlung. Die Bettbehandlung ist, im Gegensatz zu einer sehr verbreiteten Ansicht, meist besser in allgemeinen Räumen durchzuführen und leistet Vorzügliches, so dass B. in den letzten Jahren nur selten zu Schlafmitteln zu greifen hatte. Selbst Tobsüchtige pflegen sich in allgemeinen Räumen schneller zu beruhigen, als im Isolierzimmer. Nur hie und da kommt es vor, dass ein Paralytiker isoliert werden muss. Sehr beruhigend wirkt stets die Wasserbehandlung im warmen Bade, wobei das wichtigste Moment wohl das Fortfallen aller äusseren Hautreize ist. B. wendet selten längere als 12- bis 14-stündige Bäder an, doch hält Bleuler in Zürich seine Kranken zuweilen bis 6 Wochen im Bade. Auch kurzdauernde Bäder sind bei Melancholie und allen depressiven Zuständen oft nützlich.

2. Fick. Demonstriert einige patholog. anatom. Präparate, und zwar den Magen und Dünndarm eines Pat., der wegen Ulcus ventriculi vor 6 Jahren von ihm operiert worden war und kürzlich an einer Urogenitaltuberkulose im Alex. Hosp. gestorben ist. Das Ulcus sass im Duodenum, dicht hinter dem Pylorus und ist durch die Gastroenterostomie anterior völlig geheilt. Die in dieser Gegend befindlichen Ulcera heilen ohne Operation schwer, weil sie durch die vorbeipassierende Nahrung stets gereizt werden. Das Ulcus ist mit einer Art Sacktasche geheilt und die Narbe ist gut zu sehn. Pat. hatte in den letzten Jahren keinerlei Ulcusbeschwerden.

Ferner demonstriert Fick: b) 6 Gelenkkörper, die er operativ aus einem Kniegelenk entfernt hat. Pat. hatte ein Trauma eines Kniegelenkes erlitten, wobei ihm die betr. Knorpelstücke abgesprengt worden waren. Bei derartigen Zuständen käme als Aetiologie allenfalls noch eine sog. Osteochondritis dissecans in Betracht. In diesem Fall waren nicht alle Gelenkkörper frei beweglich innerhalb des Gelenkes, sondern z. T. noch leicht adhärent mit dem Gelenkknorpel, so dass sie nur durch genaues Abtasten der Gelenkhöhle gefunden und entfernt werden konnten.

Sitzung vom 11. Dez. 1907.

Vorsitzender: Blessig. Protokollführender: O. Moritz.

1. Lange. Ueber Thorakoplastik. (Erscheint im Druck).

Diskussion.

Fick: Die Operation nach Estlander, die v. Lange befürwortet wird, hat fraglos grosse Vorteile vor der Schede'schen, welche ein sehr schwerer und des grossen Blutverlustes und der langen Operationsdauer wegen ein sehr gefährlicher Eingriff ist. Nur bezweifelt F., dass es nach 1—2 Monaten schon möglich ist, einem Empyem anzusehn, ob es spontan ausheilen wird. F. erinnert sich eines Falles, bei dem vom Kranken nach 3-monatlicher Krankheitsdauer jede Operation verweigert wurde; trotzdem heilte das Empyem im Laufe eines Jahres völlig aus. Operiert man also nach 2-monatlicher Dauer nach Estlander jedes Empyem, welches keine deutliche Heilungstendenz hat, so wird man wohl hie und da 1 mal unnütz operieren. Freilich wird man dadurch die schwere Schede'sche Operation ganz vermeiden können.

Im allgemeinen heilen die tuberkulösen Empyeme schlecht, die traumatischen und postpneumonischen relativ leicht.

Lange: Aus dem Material des Obuchow-Männerhospitals geht hervor, dass Empyeme, die nach 2 Monaten noch keine messbare Verkleinerung der Höhle zeigen, nicht spontan ausheilen. Derartige Patienten werden falls es nicht zur Operation kommt, stets mit dem Empyem entlassen. Die Resultate der Schede'schen Operationen waren im Obuchow-Männerhospital leider sehr schlecht: von 6 Operationen starben 2, während 4 ungeheilt entlassen werden mussten. Daher ist L. zu der Ueberzeugung gelangt, dass 1 Fall, der nach $1^1/_2$—2 Mon. Dauer noch keine Verkleinerung der Empyemhöhle aufweist, nach Estlander operiert werden sollte. Es muss natürlich die Möglichkeit zugegeben werden, dass ausnahmsweise die Operation überflüssig sein könnte.

2. Klopffer. Zur Kasuistik des Volvulus bei Hirschsprung'scher Krankheit. (Erscheint im Druck).

Diskussion.

Prof. Tiling berichtet über einen einschlägigen Fall bei einem 10 jährigen Mädchen. Er sah die Pat. vor etwa 15 Jahren zuerst und konnte feststellen, dass nach hartnäckiger Obstipation ein Klysma ganz immense Kotmassen herausbeförderte. Mehrere Jahre darauf wurde er wieder zu derselben Kranken konsultiert. Pat. war in desolatem Zustand, der Leib war stark aufgetrieben und es fanden sich an demselben eitrige Fistelgänge, die offenbar einer eitrigen Pericolitis ihre Entstehung verdankten. Eine Operation wurde verweigert. In diesem Fall war vermutlich nur die Flexura sigmoidea, nicht das Colon descendens beteiligt.

Wanach. Nicht jede Darmdilatation mit Hypertrophie darf als «Hirschsprung» bezeichnet werden, sondern dieser Name soll für die «kongenitalen» Fälle reserviert bleiben. Wiederholte Volvuli bei demselben Kranken mit consecutiver Hypertrophie des Darmes sind ein häufiges Vorkommnis: 1 Kranker des Peter.-Paul. Hospitals ist bereits 6 Mal mit Volvuluserscheinungen im Hospital gewesen und stets wurde Pat. durch hohe Klysmen geheilt, worauf man links in der Bauchhöhle deutlich den hypertrophen Darmabschnitt durchfühlen konnte. Analoge Veränderungen wie an der Flexur bei der Hirschsprungschen Krankheit kommen auch am Coecum vor.

2 Mal hat W. einen Volvulus des Coecum beobachtet. Der eine Pat. starb und wurde von Dr. Delacroix seziert, der als Ursache der letalen Sepsis ein Konvolut von Spul- und Bandwürmern im Coecum fand. Es waren Schleimhautulcerationen entstanden, die zur Sepsis geführt hatten. In diesem Fall war der Volvulus durch das heraufgeklappte, dilatierte und hypertrophe Coecum bewirkt. Ein 2. Fall wurde durch die Operation geheilt. Das Coecum war hier auch enorm dilatiert und analog dem «Hirschsprung» stark hypertroph.

Fuhrmann geht auf den Fall ein, den er vor 1 Jahr hier im Verein besprochen hat. Zum Begriff der Hirschsprung'schen Krankheit gehört durchaus das Moment des «Angeborenseins». In dem Fall von Klopffer scheint es doch noch fraglich, ob es sich um ein angeborenes Leiden handelte, da die ersten Beschwerden doch relativ spät auftraten. Die echten, kongenitalen Fälle von Hirschsprung geben ein sehr charakteristisches Bild, sterben jedoch meist in früher Kindheit. Die Aetiologie ist noch unklar, — es wäre möglich dass auch «nervöse» Einflüsse dabei eine Rolle spielten; andererseits sei es denkbar, dass auch Darmknickungen in den ersten Wochen nach der Geburt für die Entstehung in Betracht kämen.

Klopffer. Es scheint sehr wahrscheinlich, dass in meinem Fall das Leiden angeboren war, — der strikte Beweis dafür ist natürlich, wie fast in allen solchen Fällen, kaum zu bringen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass das Leiden auch beim Erwachsnen vorkommt (cf. die Arbeiten von Perthes und Delkeskamp). Ein derartiger Fall wurde 7 mal operiert. Die Kotmasse eines solchen Falles betrug $^1/_4$ des Körpergewichtes. K. stimmt somit nicht mit Fuhrmann darin überein, dass das Leiden ausschliesslich in frühster Kindheit vorkäme.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 17. Dezember 1907.

1. Albanus hält seinen angekündigten Vortrag.

Ein Fall von zystischer Degeneration der Organe mit Demonstration der Leber und Niere. (Wird im Druck erscheinen).

Diskussion.

Ucke: Im vorigen Jahre habe ich in unserem Verein einen Fall von Melanosarkom der Leber besprochen, deren Dimensionen nur um etwas geringer waren als diejenigen des eben demonstrierten Präparates; auch das Gewicht war um ca. 1 Kilo geringer, etwas über 9 Kilo. — Ferner, ist der Inhalt der Zysten in diesem oder in früheren Fällen untersucht, sind in ihnen etwa Gallenpigmente gefunden worden? Endlich wie war das Pankreas beschaffen?

Albanus: Das Pankreas wies auch ein paar Zysten auf. In früheren Fällen sind keine Gallenpigmente in den Zysten gefunden worden.

Westphalen: In allen Fällen polyzystischer Degeneration der Organe finden sich in der Leber immer Zysten. In einigen Fällen, die in demselben Alexanderhospital zur Beobachtung und Sektion kamen, fanden sich in der Leber jedoch nicht so viele und so gewaltig grosse Zysten, wie in diesem Falle. Ihr Inhalt war immer wasserklar.

Kernig: Im Jahre 1893 habe ich hier im Verein einen Fall von zystischer Degeneration der Nieren demonstriert, wo die Diagnose relativ leicht war. Auch die Diagnose der Leberdegeneration wird erleichtert, wenn die degenerierten Nieren palpabel sind, beiderseits sich ihre Zysten als grobe Höcker tasten lassen. Die Urinanalyse ergiebt in solchen Fällen einen sehr diluierten Harn, sehr niedriges spezifisches Gewicht, sehr wenig oder gar kein Eiweiss. Ist nur auf einer Seite eine höckerige Niere palpabel, so kommt die Differentialdiagnose gegenüber dem Nierenkrebs in Betracht. Nur sehr grosse Höcker sprechen in diesem Falle für zystische Degeneration.

Westphalen: Zystisch degenerierte Nieren sind nicht so häufig und leicht palpabel, wie Kernig angiebt. In 3 Fällen im deutschen Alexanderhospital gelang mir dies kein Mal. Jedenfalls ist Kernig der Erste gewesen, der auf dieses Symptom hingewiesen, wie aus unseren Protokollen hervorgeht, denn Ewald's diesbezügliche Publikation ist später erschienen. Eigentümlich ist das Bild der chronischen Urämie, welches in späteren Stadien dazu kommt.

Kernig: Die von Westphalen betonte Schwierigkeit der Nierenpalpation liegt vielleicht am Krankenmaterial. Er hat es im deutschen Alexanderhospital mit Männern zu tun, bei denen diese Untersuchung schwieriger ist, als bei den Frauen des Obuchowhospitals.

Albanus: Die Diagnose der zystischen Degeneration ist leichter, wenn das Leiden als hauptsächliches im Vordergrunde steht, als wenn es neben anderen Krankheitserscheinungen zurücktritt. Letzteres lag bei einem Falle im Obuchowhospitale vor, wo bei einer Septicopyaemie die zystisch degenerierten Organe erst bei der Sektion als solche erkannt wurden, und sämmtliche Zysten mit Eiter gefüllt waren.

2. Wladimirow: Ophalmoreaktion bei Malleus. (Vorläufige Mitteilung. Die ausführliche Arbeit wird im Druck erscheinen).

Diskussion:

Kernig: Es giebt Kranke, welche trotz jahrelanger manifester tuberkulöser Symptome, auf Tuberkulininjektionen nicht reagieren. Speziell führt er einen Fall von Phthisis an, wo dies sehr augenfällig war. Eine Dame, welche seit einigen Jahren Kavernen in beiden Lungen hatte, massenhaft Tuberkelbazillen im Sputum auswarf, erhielt ca. 20 Tuberkulininjektionen, reagierte aber niemals mit Temperatursteigerungen. Sie lebte nachher noch 14 Jahre und ging an den Folgen einer Bandwurmkur zu Grunde.

Masing: Dies Verhalten ist nichts Ueberraschendes. In den letzten Stadien der Phthisis (im III. nach Turban's Einteilung) erhält man oft keine Reaktion auf Tuberkulininjektionen.

Wladimirow: Das Terminalstadium giebt keine Reaktion. Aber die Reaktion kann auch aufhören ohne letalen Ausgang. Dies ergiebt sich aus der Bearbeitung der Frage über die Steigerung und Abstumpfung gegen die Toxine. Durch richtiges Experimentieren kann man die Empfindlichkeit bis auf $^1/_{10}$ der anfänglichen Dosis bringen. Ebenso kann im Verlaufe einer Krankheit der Erreger und sein Toxin derart in den Kreislauf geraten, dass sich dieselben Verhältnisse ergeben wie bei jener experimentellen Reizmethode. Dadurch wird obiges Verhalten begreiflich.

Zeidler: Wie könnte man beim Menschen die Ophthalmoreaktion beim Rotz anwenden?

Wladimirow: Ebenso wie beim Tier. 1 Tropfen des unverdünnten russischen Malleins wird in den Conjunctivalsack instilliert. Die Reaktionsfähigkeit würde sehr spät jedoch eintreten. Beim Pferde erfolgt sie erst am 11. Tage, beim Kaninchen am 7.—9. Tage nach der Infektion. Beim Menschen würde der Zeitpunkt wohl zwischen diesen Terminen liegen.

Petersen: Wie verhält es sich überhaupt mit der Dosierung bei Instillationen? Wie gestaltet sich die Anwendung des Tuberkulinpulvers? Ist dieses irrelevant? Ist es lange haltbar?

Wladimirow: Die Reizung der Conjunctiva könnte nur eine chemische sein, bedingt durch den Zusatz von Karbol und ähnlichen Substanzen zu den Präparaten. Ein Ueberschuss des Toxins kann nicht schaden; einige Forscher tragen dasselbe mit dem Pinsel auf die Conjunctiva ohne Schaden auf, wo von einer Dosierung keine Rede sein kann. — Das Pulver, sowohl des Tuberkulin wie des Mallein, hält sich unbegrenzt lange, wenn es gut verschlossen, eingeschmolzen oder verkorkt trocken gehalten und vor Licht geschützt wird. Hier in Petersburg haben wir 9 Jahre alte flüssige Präparate, im Auslande sind 11 Jahre alte in flüssigem Zustande vorhanden. In trockenem Zustande muss es sich noch länger halten, sicher 11—12 Jahre.

Petersen: Ich habe die Ihnen von mir vor einiger Zeit hier demonstrierte Kutireaktion mit Tuberkulin fortgesetzt und bis jetzt über 100 Fälle gesammelt. Im Wesentlichen sind die Resultate dieselben. 38 Lupuskranke gaben alle eine verstärkte Reaktion, welche nach Kreibich durch die erhöhte Hautempfindlichkeit bei diesen Kranken bedingt ist. Bei den übrigen Fällen wurde in über 50 pCt. Reaktion erzielt, wo klinisch nichts Tuberkulöses zu finden war; hier liessen sich 2 Kategorien von Reaktionen unterscheiden. Eine Reihe von Untersuchten zeigte die normale Reaktion, die andere Reihe eine ganz schwache.

Stellvertr. Direktor: E. Masing.
Sekretär: E. Michelson.

Kleine Mitteilungen und therapeutische Notizen.

— Bromural, (α-Monobromisovalerianylharnstoff), ein zuverlässiges Sedativum und ein Hypnotikum für leichtere und mittelschwere Fälle.

Die pharmakologischen Untersuchungen von Prof. v. d. Eeckhout (Heidelberger Pharmakol. Institut) haben erwiesen, «dass das Bromural eine prompte hypnotische Wirkung besitzt und keine schädlichen Nebenwirkungen erzeugt. Es übt eine elektive Wirkung auf das Grosshirn aus und lässt das Rückenmark und die Medulla oblongata intakt. Es besitzt keine kumulative Wirkung und reizt den Magen nicht». Auch bei fortgesetzter Anwendung besitzt das Bromural keine schädliche Wirkung auf den Organismus. Herz, Leber und Nieren zeigten beim Kaninchen nach 14-tägiger Fütterung mit Bromural keine degenerative Veränderung bei der Autopsie. Aeusserst günstig lauten die klinischen Berichte, insbesondere wird die Unschädlichkeit und das Fehlen von Neben- und Nachwirkungen von allen Autoren (Buttersack, Erb, Foxwell, Gottlieb, Krieger und v. d. Velden, Leyden, Linke, Rabow, Runck, Vescey u. a) hervorgehoben. Es kann bei Herzerkrankungen und Magenaffektionen ohne Nachteil genommen werden. Exzitationszustände und Beeinflussung der motorischen Zentren finden nicht statt, dürften nach den pharmakologischen Ergebnissen auch als ausgeschlossen erscheinen. Das Bromural besitzt keine kumulative Wirkung, da es im Körper im Laufe weniger Stunden oxydiert und in kurzer Zeit völlig ausgeschieden wird. Eine Angewöhnung an das Präparat, indem Sinne, dass die Dosis allmählich gesteigert werden müsste, ist bisher nicht beobachtet worden, im Gegenteil hat sich gezeigt, dass nach mehrmaligem Gebrauch von Bromural der natürliche Schlaf sich von selbst wieder einzustellen pflegt. Im Vergleich zu allen ähnlichen Präparaten besitzt das Bromural die stärkste sedative Wirkung. Die Wirkung des Bromurals dauert nicht über 5 Stunden hinaus, dann pflegt sich jedoch meist der natürliche Schlaf anzuschliessen; sollte der Patient nach dieser Zeit wieder erwachen, so erreicht man mit einer erneuten Gabe wieder die gleiche, einschläfernde Wirkung, während man mit einer einmaligen höheren Dosis keinen längeren Schlaf erzielt.

Indikationen: In erster Linie empfiehlt sich das Bromural als Nervinum bei allen nervösen Zuständen, Hyperaesthesie der verschiedenen Sinnesnerven, Hysterie, Melancholie, nervösem Kopfweh, nervöser Dyspepsie, Herzneurosen, Darmneurosen, bei Dysmenorrhoe und den nervösen Symptomen der Menopause, Epilepsie, Chorea u. a.; ferner bei allen Geisteskrankheiten, die auf nervöser und hysterischer Basis beruhen. Ausserdem ist es als unschädliches Hypnotikum für leichtere und mittelschwere Formen der Schlafbehinderung (bei Pneumonie, Phthisis, Nephritis, Morb. Basedow u. s. w.) angezeigt. In der Kinderpraxis ist es erfolgreich angewandt bei Eklampsie und der ersten Zahnung, sowie in Verbindung mit einem Chininpräparat bei Keuchhusten.

Dosierung: Als Sedativum 3 mal täglich 0,3 g = 1 Tablette; zur Schlafanregung vor dem Schlafengehen 0,6 g als Pulver oder = 2 Tabletten; sollte bei schwereren Fällen diese Dosis noch nicht genügen, so würde es sich empfehlen, nach einer halben Stunde eine zweite nehmen zu lassen. Für Säuglinge genügt 0,1 g. Die Tabletten lässt man im Wasser zerfallen oder nimmt sie in heissem Zuckerwasser gelöst.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit beging in diesen Tagen der langjährige Stadtarzt von Sjenkow (Gouv. Poltawa), Dr. Johann Petrowski. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 76. Lebensjahre steht, fungiert zugleich auch als Landschaftsarzt.

— Der Divisionsarzt der zweiten kombinierten Kosakendivision, Staatsrat Dr. Santschewski, ist zum Gehülfen des Militär-Medizinalinspektors des Odessaer Militärbezirks ernannt worden.

— Ordensverleihungen: Dem Gehülfen des Obermedizinalinspektors, Staatsrat Dr. Nikolai Schmidt, und dem Gehülfen des Chefs der physiologischen Abteilung des Instituts für Experimentalmedizin, Dr. Karl Hanike, ist der St. Annenorden II. Klasse verliehen worden.

— Ein Geschenk mit dem Namenszuge Seiner Kaiserlichen Majestät ist dem Arzt der Kanzlei des Petersburger Gouverneurs und der Gouvernements-Verwaltung, Staatsrat Dr. Eugen Marzinkewitsch, verliehen worden.

— Der ausseretatmässige Assistent des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. Arthur v. Wahl, hat sich als Privatdozent für Syphilidologie und Dermatologie am genannten Institut habilitiert.

— An der militär-medizinischen Akademie hat sich der hiesige Arzt Dr. M. Zytowitsch mit Genehmigung der Konferenz als Privatdozent für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten habilitiert.

— Seitens der medizinischen Fakultät der Odessaer Universität ist dem dortigen Augenarzt Dr. Theodor Wernecke die Venia legendi erteilt worden. — Der neue Privatdozent für Ophthalmologie, der vor kurzem sein 38. Lebensjahr überschritten hat, stammt aus Livland und ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er 1896 den Arztgrad und 1900 die Doktorwürde erlangte, worauf er mehrere Jahre als Assistent, anfangs am pathologischen Institut, dann an der Augenklinik in Dorpat, fungierte. Seit 1902 ist er Ordinator am städtischen Augenhospital und zugleich Prosektor am Evangelischen Hospital in Odessa.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 11. April der Gehülfe des Gouvernements-Medizinalinspektors von Taurien, Dr. Richard Grödinger, im 48. Lebensjahre. Er ist auf einer Amtsfahrt im Simferopolschen Kreise ermordet worden. Der Verstorbene war in Wilna, wo sein Vater damals Kreisarzt war, geboren und erhielt seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität, an welcher er von 1879—83 studierte und i. J. 1885 zum Doktor medicinae promovierte. Seine ärztliche Tätigkeit begann er in der Irrenanstalt Alexandershöhe bei Riga, war darauf sukzessive praktischer Arzt und Kreisarzt 1888—91 in Riga, älterer Arzt am Stadtkrankenhause zu Kowno und seit 1903 Gehülfe des taurischen Gouvernements-Medizinalinspektors in Simferopol. Dr. Grödinger war, wie wir aus dem letzten Verzeichnis der Ernennungen im Regierungsanzeiger ersehen, soeben zum Medizinalinspektor des Chersonschen Gouvernements ernannt worden, als seinem Leben auf frevlerische Weise ein jähes Ende bereitet wurde. 2) In der Charkower therapeutischen Klinik der Landschaftsarzt des Ssudshaschen Kreises (Gouv. Kursk) Dr. W. G. Kidanow an parenchymatöser Nephritis im Alter von 43 Jahren. Nach Absolvierung seiner Studien an der Charkower Universität i. J. 1892, wirkte K. als Dorfarzt im Gouvernement Minsk, dann 10 Jahre als Landschaftsarzt im Gouv. Kursk und die letzten 3 Jahre im Ssudshaschen Kreise und war namentlich unter der Hauptmasse seiner Kranken, den Bauern, sehr beliebt. 3) Am 1. April in Moskau der jüngere Arzt des Findelhauses Dr. Wladimir Dolgow im 46. Lebensjahre. Er hat durch Erschiessen seinem Leben freiwillig ein Ziel gesetzt. Seit 20 Jahren als Arzt in Moskau tätig, fungierte er neben seiner Stellung im Findelhause auch als aussaretatmässiger Arzt bei der Pokrowschen Gemeinschaft barmherziger Schwestern. 4) Am 13. April n. St. in seiner Vaterstadt Rothenburg (Bayern) einer der bedeutendsten Biologen, dessen Lehrtätigkeit in die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts fällt, der Zoologe Prof. Dr. Franz v. Leydig, im fast vollendeten 87. Lebensjahre. Er wurde im J. 1855 ausserord. Professor der vergleichenden Anatomie und Zoologie in Würzburg und ging dann zwei Jahre später als Ordinarius nach Tübingen, wo er 18 Jahre wirkte, bis er 1875 einem Rufe an die Universität Bonn folgte. Seit 1895 lebte er zu Würzburg im Ruhestande. Durch seine umfassenden vergleichend-anatomischen Untersuchungen — es sei hier nur an sein Lehrbuch der Histologie des Menschen und der Tiere (1857) erinnert — wurde der Verstorbene zum Mitbegründer der vergleichenden Gewebelehre. Bis an sein Lebensende hat der verdiente, vielseitige Forscher sich mit wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigt, noch i. J. 1902 gab er ein Buch «Horae zoologicae, zur vaterländischen Naturkunde» heraus.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Aus Kasan wird wieder über unerhörte Zustände in der Universität berichtet. Die Professoren waren genötigt, die Examina in einem gepanzerten Raume abzuhalten und die zu den Prüfungen erschienenen Studenten durch eiserne Türen vor einem Ueberfall seitens ihrer streikenden Kommilitonen zu schützen. Die Errichtung eines solchen Schutzes für die Examina war nötig geworden, um Widerstand leisten zu können einer Belagerung seitens eines nicht studierenden Haufens, der für die angeblichen Rechte der freien Zuhörerinnen eintrat. Vom Ministerium war nämlich verfügt worden, die freien Zuhörerinnen nicht zu den Prüfungen zuzulassen. Durch diese, durchaus auf dem Boden der Universitätsregeln stehende Verfügung wollte das Ministerium die überfüllte Universität vor dem Eindringen von Personen schützen, die keineswegs für das Universitätsstudium vorbereitet sind und die regelrechte Arbeit stören. Diese Massregel führte zu dem Boykott der Examina und zur Ergreifung der obigen Schritte, um die Examinatoren wie die Examinanden vor dem Ueberfall zu schützen.

— Die Moskauer Universität zählte nach dem Rechenschaftsberichte pro 1907 zum 1. Januar 1908 im ganzen 8985 immatrikulierte und freie Zuhörer, davon in der medizinischen Fakultät 1893. Der Unterhalt der Universität kam auf 2,724,407 Rbl. (gegen 2,282,125 Rbl. pro 1906) zu stehen. An Kollegiengeldern gingen nur 350,281 Rbl. 78 Kop. ein, so dass fast sämtliche Ausgaben aus den Mitteln der Reichsrentei bestritten wurden.

— Die Heidelberger Universität, welche von den Russen und Russinnen zu ihren Studien besonders gern aufgesucht wird, hat die akademischen Vorschriften über die wissenschaftliche Vorbildung der Studierenden im Hinblick auf das dort überhand nehmende Ausländerwesen verschärft. Auch die Immatrikulation von Frauen ist an schärfere Bedingungen geknüpft worden. Künftig ist das Reifezeugnis eines deutschen Gymnasiums, Realgymnasiums oder einer Oberrealschule erforderlich. Ebenso wurden die Bestimmungen über das Disziplinarstrafverfahren erweitert.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die Russische Gesellschaft für normale und pathologische Psychologie hat in ihrer Sitzung am 4. April beschlossen, die Mittel zur Stiftung einer Prämie oder eines Stipendiums auf den Namen des verstorbenen Präsidenten des Medizinalrats, Dr. Leo Ragosin, beim Psycho-Neurologischen Institut aufzubringen. (R. Wr.).

— Die Verwaltung der Pirogowgesellschaft in Moskau hat beschlossen, den nächsten allrussischen Pirogow-Kongress in den letzten Tagen des Dezembers 1909 und den ersten Tagen des Januars 1910 nach Petersburg einzuberufen. — Im Januar 1909 soll in Moskau ein allrussischer Kongress der Fabrikärzte stattfinden.

— Der I. internationale Laryngo-Rhinologenkongress, welcher vor kurzem in Wien tagte, war gleichzeitig eine Gedenkfeier für die beiden Begründer der Laryngo-Rhinologie, Ludwig Türck und Johann Czermak, welche vor 50 Jahren im Wiener allgemeinen Krankenhause die Laryngoskopie zum ersten Male zu ärztlichen Zwecken angewandt und auf eine solide Basis gestellt haben. Wenn Manuel Garcia auch der erste war, der mittels eines Spiegels den Kehlkopf sichtbar machte, so ist es doch Türck gewesen, der diese Entdeckung i. J. 1857 für die Medizin nutzbar machte, wobei er sich bei seinen Versuchen anfangs noch des Sonnenlichtes bediente. Czermaks unsterbliches Verdienst ist es, dass er die künstliche Beleuchtung bei der Untersuchung des Kehlkopfes und der Nase eingeführt hat. Die verflossenen 50 Jahre haben dieser Disziplin eine ungeahnte Entwickelung gebracht, das bezeugten auch die zahlreichen Vertreter aus allen Staaten Europas — die Teilnehmerzahl betrug 800 —, welche an der Geburtsstätte der Laryngo-Rhinologie sich versammelt hatten, um ihre Erfahrungen auszutauschen. Leider hat, wie wir in der vorigen Nummer (cf. Nekrolog Nr. 5) berichteten, der Tod mit rauher Hand in die Festesfreude des Kongresses gegriffen, indem er einen der verdientesten Repräsentanten der Laryngologie, den Wiener Professor Leopold Schrötter, gleich zu Beginn des Kongresses jählings dahinraffte.

Standesangelegenheiten.

— In der Sitzung des Militärkonseils vom 14. März ist zugleich mit der Gehaltserhöhung der Offiziere auch eine Gagenerhöhung der Regimentsärzte bewilligt worden, und zwar je nach der Stellung und der Dienstzeit im Betrage von 22 bis 60 Rbl. monatlich.

— Ein brutaler Ueberfall ist in Odessa am 2. April vom dortigen persischen Konsul Saitschenko auf den daselbst bekannten Arzt und Feuilletonisten Dr. Zienowski verübt worden, der in einigen Artikeln in der Zeitung «Odess. Now.» auf das Treiben eines reichen Wüstlings, des obengenannten Konsuls, hingewiesen hatte. Dieser überfiel nun den Arzt im Theater und schlug ihn hinterrücks mit einem sog. Totschläger nieder, so dass er in besinnungslosem Zustande fortgebracht werden musste.

— In Woltschansk (Gouv. Charkow) ist der dortige Schularzt Dr. Mitrofan Popow, welcher Deputierter der 2. Reichsduma war, von der Ausübung seiner Funktionen als Verwaltungsmitglied der örtlichen Bibliothek entfernt worden.

— Der, wie wir seiner Zeit (Nr. 8, S. 81) mitteilten, für Beherbergung eines lange gesuchten politischen Verbrechers (des Mörders des Samaraschen Gouverneurs Block) verhaftete Landschaftsarzt N. Arshanikow ist gegen eine Kaution von 300 Rbl. freigelassen worden, wird aber auf Grund der Art. 129 und 133 der Strafgesetze zur gerichtlichen Verantwortung gezogen.

— Wie aus Simferopol am 12. April telegraphisch gemeldet wurde, ist im dortigen Kreise der Gehülfe des taurischen Gouvernements-Medizinalinspektors, Dr. Richard Groe-

dinger ermordet worden. Nähere Nachrichten fehlen bis jetzt. — Dr. Groedinger war ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er i. J. 1885 die Doktorwürde erlangte. Einen Nekrolog desselben finden die Leser in der heutigen Nr. unter den «Personalien».

— Die Aerzte des Landkreises Linden bei Hanover haben, dem «Hann. Kourier» zufolge, in ihrer letzten Sitzung beschlossen, für sämtliche ärztliche Leistungen, die Sonn- und Festtags nach der Sprechstunde verlangt werden (von Notfällen abgesehen), das Doppelte der ortsüblichen Taxe zu berechnen.

— Da der verstorbene Professor Schrötter in Wien letztwillig seine Feuerbestattung in Gotha angeordnet hatte, verweigerte der katholische Pfarrer die kirchliche Einsegnung der Leiche. Infolgedessen hat der evangelische Pfarrer Dr. v. Zimmermann die Einsegnung vorgenommen, nachdem ihm die schriftliche Ablehnung des katholischen Pfarrers vorgelegt worden war.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das Rudolf-Virchow-Denkmal wird, da sich Kaiser Wilhelm gegen dessen Aufstellung auf dem Karlsplatz in Berlin erklärt hat, wahrscheinlich im Gelände des Rudolf-Virchow-Krankenhauses errichtet werden. Der Kaiser stimmt dem Gedanken, dem grossen Forscher Rudolf Virchow ein öffentliches Denkmal zu errichten, vollkommen bei, findet aber, dass diesem Zwecke nicht ein Standbild entspreche, dessen Hauptbestandteil, wie in dem Denkmalsentwurf von Klimsch, eine Allegorie sei und dessen Sockel das Bildnis Virchows in unzureichender Grösse zeige. Wie verlautet, soll auch die Familie Virchows sich gegen den Klim'schen Denkmalsentwurf ausgesprochen haben. Das aus der Aerzteschaft hervorgegangene Denkmalskomitee wird daher im Verein mit dem Berliner Magistrat in nächster Zeit über das, was nun geschehen soll, schlüssig werden müssen.

— Eine neue pharmazeutische Zeitschrift. Der Apothekenbesitzer Mag. pharm. Paul Spehr in Libau hat, der «Balt. Tagesztg.» zufolge, die Konzession zur Herausgabe einer von ihm zu redigierenden Zeitschrift unter dem Titel «Baltische Pharmazeutische Monatshefte» erhalten. Der Abonnementspreis beträgt 6 Rbl. jährlich. Das erste Heft sollte am 1. April erscheinen.

— Ein Brustabzeichen für Magister der Pharmazie und Provisoren ist Allerhöchst bestätigt worden. Das Abzeichen wird auf der rechten Seite getragen.
Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. April d. J. 12234 (513 wen. als in der Vorwoche), darunter 1373 Typhus — (123 wen.), 826 Syphilis — (95 wen.), 211 Scharlach — (6 wen.), 188 Diphtherie — (5 wen.), 113 Masern — (6 mehr), und 93 Pockenkranke — (15 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 30. März bis 5. April d. J. im ganzen 1211, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 2, Typhus abdom. 51, Febris recurrens 8, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 56, Scharlach 12, Diphtherie 11, Croup 0, Keuchhusten 15, Kroupöse Lungenentzündung 59, Erysipelas 3, Grippe 19, Katarrhalische Lungenentzündung 203, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 316, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 4, Pyämie und Septicaemie 18, Tuberkulose der Lungen 138, Tuberkulose anderer Organe 30, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 67, Marasmus senilis 34, Krankheiten des Verdauungskanals 154, Totgeborene 42.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 6. Mai 1908.

Tagesordnung: 1) Johannsen: Fall von Chlorom.
2) Siebert: Fall von Osteom der Nase.
3) Giese: Ueber einen operierten Fall von Tumor der Dura mater spinalis, mit Demonstration.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 5. Mai 1908.

Tagesordnung: 1) Lunin: Ueber Harnuntersuchungen bei Scharlach, Masern und Diphtheritis auf die intermediären Produkte des Stoffwechsels.
2) Albanus: Demonstration eines Präparates von Thrombose der Arteria pulmonalis dextra.



Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup
„CALIFIG"
(Name gesetzlich geschützt)

ist ein längst bekanntes, erprobtes, unschädliches, wohlschmeckendes Laxativ, welches infolge seiner sicheren und milden Wirkung die Aerzte in ihren Erwartungen niemals täuscht. (27) 0—6.

Besonders geeignet für die Frauen- und Kinder-Praxis.
Gebrauchsanweisung ist jeder Flasche beigefügt.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herren Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau. . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau. . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.

Hohenhonnef a. Rh.

Sanatorium für Lungenkranke.

Klimatisch und landschaftlich ausgezeichnete Lage im Siebengebirge, hoch über dem Rheintal, mitten im Walde. Vollkommenste Einrichtungen, behaglicher Komfort, Bewährtes Heilverfahren; Freiluftkuren, Luft- und Sonnenbäder. Methodische Ernährung. Physikalische Therapie: Bäder, Elektrizität, Röntgenstrahlen. Tuberkulinkuren. Sommer u. Winter geöffnet. Ausführliche Prospekte durch den leitenden Arzt.

San.-Rat Dr. *Meissen*.



Sanatorium Schömberg
Württemb. Schwarzwald. 650 m ü. d. M.
Heilanstalt für Lungenkranke.
Klimat. Kurort bei Wildbad.
Sommer- u. Winterkuren.
Pens. einschl. ärzt. Behandlg., Zimmer, Heizg. (Niederdruckdpf.), elekt. Beleucht. u. Bedienung von 7—12 M. Leit. Arzt: **Dr. Koch.** Prosp. grat. d. d. Direktion.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

САНАТОГЕНЪ БАУЭРЪ

способствуетъ накопленію въ организмѣ бѣлка и фосфора, повышенію окислительной энергіи, усиленію обмѣна веществъ и является поэтому однимъ изъ самыхъ дѣйствительныхъ укрѣпляющихъ средствъ. Образцы и литература высылаются г. г. врачамъ по требованію безплатно.

Покорнѣйше просимъ прописывать **„Санатогенъ фирмы Бауэръ и Ко."** во избѣжаніе смѣшенія съ недоброкачественными поддѣлками. Главное Представительство Санатогена, С.-Петербургъ, Большая Конюшенная, 29.

Kissingen Dr. C. Dapper's
* Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle), Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie; Mastkuren; Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.

Dr. C. Dapper Kgl. Preuss. Professor Kgl. Bayr. Hofrat. — Dr. E. Jürgensen. (67) 14—3.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel,** Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (4)

Kissingen
fördert den Stoffwechsel

Rakoczy weltbekannt bei Stoffwechselkrankheiten, Magen- und Darm-Störungen.
Maxbrunnen Heil- u. Tafelwasser bei Katarrhen der Atmungs- u. Verdauungsorgane, bei Nieren, Blasen u. Gallenstein u. bei Gicht.
Kissinger Bitterwasser, Kissinger Badesalz, Bockleter-Stahlbrunnen,
Ärzte erhalten Vorzugsbedingungen, sowie Proben kostenfrei.
Überall erhältlich, sowie durch direkten Bezug.
Verwaltung d. k. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet.

Bade- und Kuranstalten Ragaz-Pfäfers

Kt. St. Gallen 521 m. ü. M. **Schweiz**

Thermalquellen 30° R. = $37^1/_2$° C.

Ragaz, in herrlicher, **ausserordentlich geschützter Lage,** am Ausgang der **weltberühmten Taminaschlucht** in der fruchtbaren Rheinebene, eignet sich durch sein mildes und gesundes Klima ganz besonders als Aufenthalt für Rekonvaleszenten, sowie auch für Familien mit Kindern. Es ist auch eine der **günstigsten Uebergangsstationen** zu den Sommerfrischen und Kurorten des Hochgebirges und wegen seines **unvergleichlich schönen Vorsommers** mit seiner Blütenpracht in den Monaten **Mai und Juni** besonders bevorzugt. — Ragaz hat vorzügliche Bahnverbindungen, liegt es doch an der Hauptlinie nach dem Engadin (ENGADIN-EXPRESS); an der Linie WIEN-PARIS, BERLIN-ENGADIN etc.

Thermalbäder, seit 700 Jahren gebraucht gegen Gicht, rheumatische und nervöse Uebel, Nachwehen von Operationen, Knochenbrüchen, Luxationen und andere Bewegungsstörungen, Neurasthenie und Neuralgie (Ischias), chronische Verdauungsstörungen, Nieren- und Blasenleiden, Erschöpfungs- und Rekonvaleszenz-Zustände. — **Kurmittel:** 113 Kachelbäder, grosses Schwimmbad, **alle** mit Tag und Nacht **ununterbrochenem reichem** Zufluss der warmen Quellen: 35° C. — Elektro- und Hydro-Therapie, schwedische Heilgymnastik, Massage und andere mediko-mechanische **Spezialkuren.**

Dauer der Saison Mitte Mai bis Mitte Oktober.

Grand Hotel	Grand Hotel
HOF RAGAZ.	**QUELLENHOF.**

Mit allem modernen Comfort ausgestattet. Eisenbahnbureau im Hause. Auto-Garage. Grosse Park- und Gartenanlagen. Lawn-tennis und andere Erholungsspiele.
Kursaal mit Konzert- und Lesesaal, Billard, Café etc. Täglich drei grosse Konzerte. Tanzunterhaltungen. Terrasse (Säulenhalle) mit unvergleichlich schönem Blick auf das Gebirge, besonders auf den Falknis.

HOTEL BAD PFÆFERS

(Dauer der Saison 1. Juni bis Ende September)

am Eingang der weltberühmten Taminaschlucht, 3 Kilometer von Ragaz entfernt. Thermalbäder, Postbureau, Telegraph und Telephon im Hotel.

(58) 3—3. **Die Bade- und Kurverwaltung.**

Statt Eisen! **Statt Leberthran!**

Haematogen HOMMEL

alkohol- und ätherfrei.

Frei von **Borsäure, Salicylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin, noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweissstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher** Art von höchstem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

◆ **Grosse Erfolge bei Rhachitis, Scrophulose, Anaemie, Frauenkrankheiten. Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.)

◆ **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern ausserordentlich gern genommen. Mächtig appetitanregend.**

Haematogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch **unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen,** gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Aether etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Mit unserem neuesten, auch im Geschmack bedeutend verbesserten **Haematogen Hommel**, können wir den Herren Aerzten ein **Ideales, völlig reines, unbegrenzt haltbares Haemoglobin-Präparat** an Hand geben. Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir

stets **Haematogen HOMMEL** zu ordinieren.

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **grössere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten gerne frei und kostenlos zur Verfügung.

Zu haben in allen Apotheken und Apothekermagazinen.

Nicolay & Co., St. Petersburg, Smolenskaja, 33, Zürich, Hanau a.|M. und London.



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.
Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,
(21) 52—16. St. Petersburg. Ofizerskaja 6, Quartier 37.

Winterkur für Lungenkranke
Görbersdorf i. Schl. (560 m.)
◆ **Dr. Römpler's Sanatorium** ◆
in herrlicher Gebirgslage mit grossem Park, Vollkommene Hygiene — modernste Einrichtungen.
(10) 13—13.

Das erste Moorbad der Welt
FRANZENSBAD
besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge. Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut, Inhalatorium.
Österreichs hervorragendstes Herzheilbad.
Bewährt bei: Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.
Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*
(45) 12—5.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 18 St. Petersburg, den 3. (16. Mai). 1908.

Die „traumatische Neurose" eine epidemische Volkserkrankung.

Vortrag, gehalten auf dem Estländischen Aerztetage zu Reval. Nov. 1907.

Von

Dr. Eduard Schwarz.

Dirigierender Arzt der Abteilung für Nervenkranke des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

M. H.! Ein Symptomenbild als solches giebt noch nicht seine Wertigkeit; erst der Verlauf, der Ausgang zeigen, welche Bedeutung demselben zukommt; und sind wir während unserer Beobachtung berechtigt, durch den schlimmen Verlauf das Symptomenbild für ein letales oder unheilbares anzusehen, so kann das nähere Studium der Aetiologie und die aus diesem stammende tiefere Einsicht in das Wesen des Prozesses die Sachlage vollkommen modifizieren. Die epochemachenden Errungenschaften der ätiologischen Forschungen haben die medizinische Wissenschaft und Kunst in den letzten Dezennien zu der Ehrfurcht gebietenden Höhe erhoben, die ihr lange Jahrhunderte versagt war.

Gilt solches für chirurgische und Infektionskrankheiten in erster Linie, so hat der tiefere Einblick in das Seelenleben des Menschen auch auf psychischem Gebiete Wandlungen geschafft, die noch vor kurzer Zeit nicht geahnt wurden.

Die sogenannte traumatische Neurose tritt nach Uebereinstimmung der Autoren in verschieden gefärbten Bildern auf, die der „Neurasthenie", der „Hysterie", der „Hypochondrie", ähnlich sehen; die Prognose wird ziemlich einstimmig als schlecht bezeichnet, d. h. die Neurose heilt nicht.

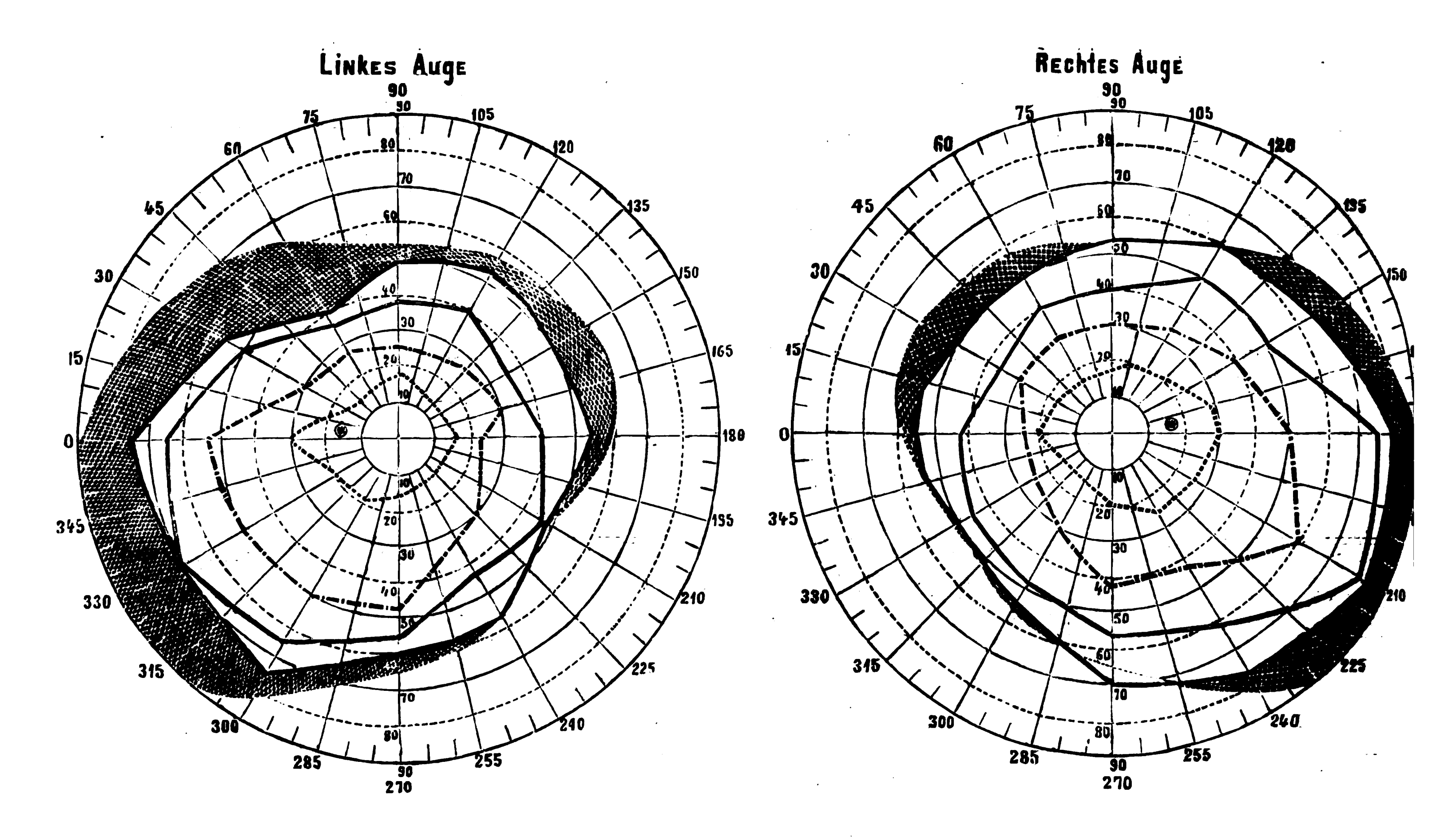
Ist diese Prognose richtig?

Falls sich nachweisen lässt, dass ganz ähnliche, ja dieselben Krankheitsbilder unter gewissen Umständen eine vollkommen andere Bedeutungen haben, so dass die ihnen zu Grunde liegenden Störung unter gewissen Bedingungen vollkommen heilbar sind, ja überhaupt nicht zur Entwickelung zu kommen brauchen, so ist der Schluss voll berechtigt, diesen gewissen Umständen die ausschlaggebende Bedeutung beizumessen.

Und in der Tat liegen die Verhältnisse für die sog. „traumatische Neurose" so!

Berechtigte humane Empfindungen schufen Gesetze, die die Unfallverletzten entschädigen wollten; sie gaben den Verletzten das Recht Ansprüche auf Entschädigung nach einer Unfallverletzung zu erheben; und diese wohlgemeinten Bestrebungen des Gesetzgebers, die ohne die notwendigen Einschränkungen, die von ärztlicher Seite hätten erfolgen sollen, zum Gesetze erhoben wurden, haben eine epidemisch sich ausbreitende Erkrankung des Nervensystems entstehen lassen, die zu energischem Einschreiten der Aerzte Veranlassung gegeben hat, wie solches auf der XXII. Wanderversammlung süddeutscher Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 1. und 2. Juni dieses Jahres zu Tage getreten ist.

Zu heutiger Zeit, wo man am Werke ist unserem Vaterlande neue Gesetze zu geben, mag es nicht unzeitgemäss sein, den angedeuteten Verhältnissen näher zu treten, und hoffe ich nicht umsonst um Ihre Aufmerksamkeit gebeten zu haben, sollte ich auch Vielen von Ihnen, m. H. manches Bekannte bringen. Doch ein und dasselbe von anderen Gesichtspunkten aus betrachtet,



gewinnt eine andere Färbung, gewinnt eine neue Bedeutung. Beispiele erläutern meist am schnellsten.

Im Jahre 1887 hatte ich Gelegenheit eine 21-jähr. junge Dame zu beobachten, die bei einer Schlittenfahrt 1885 Januar einen starken Stoss durch einen entgegenfahrenden Schlitten erhalten hatte. Obgleich keine evidenten Erscheinungen vorhanden waren, so vermutete der Vater, der Arzt, Psychopath und Alkoholist war, doch schwerere Störungen, und liess Pat. lange zu Bett, lange auf Eis liegen, und obgleich eine Untersuchung durch Kollegen eine vermutliche Coxitis ausschloss, so wurde die schonende Behandlung durch Jahre fortgesetzt, der jungen Dame durch die Annahme gefährlicher Erkrankung suggeriert — schwer krank zu sein. Sie selbst hat die Empfindung gehabt nicht krank zu sein — ist aber allmählich durch die lange Dauer der gegenteiligen suggestiven Beeinflussung immer mehr in einen desolaten, verzweifelten psychischen Zustand hineingetrieben worden, der allmählich Symptome zeitigte die auch die später konsultierten Aerzte zu Anschauungen brachten materielle Störungen, speziell der Rückenwirbel, müssten diesen Symptomen zu Grunde liegen.

Als ich am 8. April 1887 Pat. sah, also 2 Jahre und mehr bestand schon das Leiden, fand ich den desolaten psychischen Zustand, fand ein konzentrisch eingeengtes GF (cf. Schema); ich fand eine Druckempfindlichkeit an der Wirbelsäule, doch über derselben das Brodiesche Symptom; um die l. Brust hyperästhetische Punkte und leicht erhöhte Temp. Die genauere Krankengeschichte habe ich in diesem Jahr in Dorpat auf dem livl. Aerztetag gegeben und dort die Bedeutung dieser Temperatursteigerung, als nervöse Hypertermie an der Hand noch anderer Krankheitsbilder erörtert (cf. Petersb. Med. W. Nr. 42 1907). — Auf Grund dieses Bildes meinte ich von einer materiellen Störung absehen zu müssen; erklärte Pat., dass ihr nichts Wesentliches fehle, und entliess sie nach Hause. In kurzer Zeit ist Pat. denn auch genesen und bis heute gesund geblieben, obgleich sie in späteren Jahren noch ein zweites bedenkliches Kopftrauma erlitt, das nach Ausschliessung irgend welcher schwerer Störung auch ohne Folgen blieb. Pat. ist noch heute ein tatkräftiges Glied der menschlichen Gesellschaft.

Hier handelte es sich um ein nicht unbedeutendes Trauma bei einer ethisch hochstehenden, zur Hysterie und anderen Neurosen w e n i g disponierten Dame.

Ein zweites Beispiel: In diesem Febr. wurde in meine Abteilung ein Mädchen von 30 Jahren aufgenommen. Sie hatte einem Mann geholfen ein Loof Roggen in einen Sack schütten; dem Mann war der Sack aus der Hand geglitten, so dass der schwere Sack ihrem rechten Arm einen starken Ruck versetzte. Sie bekam Schmerzen im Arm, nach einigen Monaten hörten die Schmerzen auf, um bald wieder aufzutreten.

5 Jahre lang „weinte" Pat. über ihren Arm, und am 5. Febr. sandten sie 2 Neurologen in meine Abt., weil sie „doch zur Ueberzeugung gelangt waren, dass eine Läsion des Rückenmarks, vermutlich in Folge tuberkulöser Wirbelerkrankung, vorliegen müsse", denn der rechte Arm war abgemagert, der obere Teil der Brust und der unteren Halswirbelsäule zeigte intensive Druckempfindlichkeit. Der Händedruck war = 0. Eine genauere Untersuchung liess jedoch über dieser Druckempfindlichkeit das B r o d i e sche Symptom erkennen, die Extremität zeigte keine Sensibilitätsstörungen, psychisch war Pat. wohl suggestibel, zeigte aber keine Egozentrizität, keinen richtig h y s t e r i s c h e n C h a r a k t e r.

Ich veranlasste Pat. mit Hanteln zu turnen, und liess sie kalte Douchen mit hohem Drucke brauchen. Dabei trat hervor, dass sie sehr bald mit 3pfundigen Hanteln alle Bewegungen mit dem kranken Arme ausführen konnte, der Händedruck aber war doch = 0. Diese Inkongruenz der Motilität zeigte den psychischen Charakter der Bewegungsstörung deutlich.

Am 6. Juni 1907 konnte Pat. genesen entlassen werden, der Arm war von normaler Dicke und die Leistungsfähigkeit war eine gute. Auf die sehr interessante Frage der Genese dieser Abmagerung, die die Muskeln des Schultergürtels und des Oberarmes besonders befallen hatte, kann ich heute nicht eingehen, doch will ich nur bemerken, dass ich Pat. in diesem Herbst wiedergesehen habe. Im andern, im linken Schultergelenk hat sich eine rheumatische Affektion eingestellt; das Gelenk krepitierte deutlich, und im linken Arm war dieselbe — ich will sagen Willensschwäche und Hilfslosigkeit eingetreten, wie sie früher im rechten Arm bestanden hatte. Sie konnte mit den Fingern nicht einmal einen leicht zu öffnenden Quetschknopf öffnen, sich in Folge dessen nicht aus- und anziehen, so dass sie ihre Mutter in die Ambulanz mitbrachte, damit diese sie aus- und anzöge. Der Händedruck in dieser linken Hand war auch jetzt = 0. Inzwischen ist nun auch hier das Schultergelenk gebessert und Pat. in der Heilung begriffen.

Hier handelt es sich um ein suggestibles Individuum, das bei geringen Anlässen ihre Aktivität einbüsst und im gewöhnlichen Gang der Dinge als hysterisch angesprochen werden würde; doch ich meine wir dürfen nur von Hysterie sprechen, wo der hysterische Charakter vorliegt, vor allen Dingen die Egozentrizität. Suggestibilität und Wehleidigkeit allein berechtigt noch nicht die Diagnose Hysterie zu stellen. Nennen wir zum leichteren Verständnis solche Krankheitsbilder „hysteriforme".

Warum heilen diese und viele andere ähnliche Fälle?

Beide Kranken boten psychisch erzeugte Krankheitsbilder dar; durch suggestiven Einfluss war ihnen die Vorstellung „ich bin schwer krank" beigebracht worden; im ersten Fall durch den psychopathen Vater, im 2. Fall wohl in der Hauptursache durch die eigentümliche Veranlagung der Kranken selbst, die durch einen geringen Schmerz die Willenskraft über Gebiete verlor, die weit grösser waren, als das befallene Glied selbst. Beide lebten in der dumpfen psychischen Schwüle, die die Vorstellung — ich bin krank — bei einem jungen Mädchen erzeugt, das ihr Leben voll ausleben möchte, sich aber durch Krankheit dem Siechthum verfallen sieht. Und wenn die erste Kranke auch in ihrem Herzen fühlte: „Ach es ist ja doch nicht so schlimm", so wirkte doch das väterliche Urteil auf die pietätvolle Mädchenseele — und sie wurde immer kränker, bis schliesslich ein Symptomenbild entstand, das zu deuten den später, nach vielen Monaten konsultierten Aerzten schwer wurde. Obgleich die Kranke „dem Wahnsinn nahe war", wie sie ihren Zustand bezeichnete, war ihre Seele frei, ihre Suggestibilität war nicht durch tief in der Seele verankerte Vorstellungen gehemmt und gefangen genommen. Das Urteil: „Du bist gesund" konnte wirken! und sie wurde gesund. Warum ist aber die Unfallsneurose in Deutschland nach allgemeinem Urteil von übelster Prognose? d. h. sie heilt fast nie! — Warum breitet sie sich in epidemischer Weise aus?

Die Seele der, unter das Unfallsversicherungsgesetz gehörenden Arbeiter — und ihre Zahl beträgt 20 Mill. — ist für Heilsuggestionen nicht frei! Die Seele der Meisten ist abgestimmt auf eine misstönende Saite — «sie verlangt Rechte ohne in gleichem Maasse auch Pflichten anerkennen zu wollen", (Hoche) und das aus wohlwollendem Herzen geschaffene Unfallgesetz leistet dieser Stimmung nicht nur Vorschub, sondern gab und giebt ihr bei der vorliegenden Weltanschauung die staatliche Sanktion. Jeder sagt, ich habe einen Unfall erlitten, folglich muss ich auch entschädigt werden.

Durch diese Situation werden die Begehrungsvorstellungen in den Ideenkreis der Arbeiter eingeführt, die von manchen Autoren allein als die wirksamen angesehen worden sind; doch alle anderen psychischen Faktoren, die auch bei den ausserhalb des Unfallsgesetzes stehenden beobachtet werden, wirken mit. Die Suggestibilität, die die Kritik und speziell Selbstkritik ausschliesst, ist eine physiologische Eigenschaft der Volksseele. Die konzentrierte gefühlsbetonte Aufmerksamkeit, die den betroffenen Gliedmassen zugewandt wird, „die Kränkung empfindlichsten Rechtsgefühls", befördern alle das Zustandekommen der bekannten Krankheitsbilder, und ist der Mann entschädigt, so lässt der Fortfall „der Not" und des „Zwanges" zur Arbeit die Neurose nicht heilen. (Prof. Hoche Freiburg) Und diese Faktoren lassen nicht nur eine Heilung des einzelnen Unfallneurotikers nicht zu, sondern sie bewirken eine Ausbreitung der Erkrankung, und schaffen einen circulus vitiosus, der auch die Gesunden infiziert. Die ganze Volksstimmung ist in manchen Heimatsorten, wie Weygand (Strassburg) betonte, eine solche geworden, dass die Rentenempfänger ein besonders hohes Ansehen geniessen. Er erzählt, dass es sogar vorkomme, dass sich ein solcher, in hohem Ansehn stehender Mann auf seine Visitenkarte drucken lasse: „Rentenempfänger"!

Und die Anschauungen über die klinischen Folgen der Unfallsgesetzgebung sind nach jahrzehntelanger Diskussion so allgemein anerkannte, dass sich dem Hauptreferenten Hoche (Freyburg) im Laufe der Vorbereitung des Referates das Thema verschob und er und die übrigen Autoren auf der Versammlung in Baden-Baden, die Diskussion über die klin. Folgen des Unfallsgesetzes als weniger bedürftig ansehend, sich den Mitteln der Abhilfe zuwandten.

Indem die Kollegen in Deutschland für ein neues Gesetz anstreben, das die Segnung des alten nicht verloren gehen lässt, aber die Schädigung ausmerzt, werden wir hoffentlich auch für den ärztlichen Stand mehr Achtung und Anerkennung erkämpfen. Denn ohne Mitwirkung der Aerzte ist das Gesetz vom Gesetzgeber geschaffen worden, nicht belastet durch eingehende Kenntnisse der Volksseele — und es erzeugte eine Epidemie, die den unheilvollen Rechtsstandpunkt nur noch befestigte, der Willensschwäche Vorschub leistete und den Pflichtbegriff immer mehr ertöten half.

Während für die Gesundung gearbeitet wird, haben wir Aerzte noch viel zu tun, denn um in jedem Falle sagen zu können ob eine Neurose oder eine durch materielle Störungen des Hirns oder RM. bedingtes Krankheitsbild vorliegt, bedarf es noch weiterer Einsicht und weiterer Kenntnisse!

Es ist mir vergönnt unter dem sehr grossen Material des Rigaschen Krankenhauses viel Unfallverletzte zu sehen, und habe ich auf dem XVIII. livl. Aerztetage zu Wolmar über einen Teil meiner Erfahrungen berichtet. — Es lässt sich mittelst Quinke's Lumbalpunktion nachweisen, dass in Fällen von sogen. Commotio cerebri, in denen schnelle Heilung eintritt, doch gröbere Läsionen dem Symptomenbilde, das nach dem Trauma aufrat, zu Grunde lagen. Dem ersten dort referierten Fall (cf. St. Petersb. Med. Woch. 1907 Nr. 7) kann ich heute einen zweiten anreihen. Durch die Freundlichkeit des Kollegen Groth wurde mir der 16¾ Jahr alte Schüler Leonhard L. überwiesen; er war am 30. Juni 1907 am Strande von einem 12—13 Fuss hohen Steg auf weichen Waldboden gesprungen. Er hatte anfangs nichts wesentlich unangenehmes verspürt, sondern hatte noch ein Waldfest mitgemacht und war in der Nacht 2—3 Werst zu Fuss nach Hause gegangen. In der Nacht: Kälte, Uebelkeiten, Kopfschmerzen — die sich in den nächsten Tagen steigerten, und zu denen sich Schwindel namentlich bei Blick nach oben und absolute Schlaflosigkeit

gesellten. Ich sah Pat. am 7. Juli 1907 zum ersten Mal 8 Tage nach dem Unfall, und machte ihm noch am selben Tage eine Lumbalpunktion. Diese förderte blutigen Liquor zu Tage der beim Stehen einen geringen roten Bodensatz mit gelbem Liquor zeigt; die Kopfschmerzen liessen nach, und Pat. schlief; doch am 9. Tage traten motorisch paraphasische Störungen auf. Pat. erkannte die Gegenstände, konnte aber den motorischen Ausdruck für dieselben nicht finden; er quälte sich, sagte für Pfropfen Poffen, für Brille — Bill, oder konnte nur die russischen Ausdrücke fur die Gegenstände finden und auch diese waren verstümmelt; erst nach längerem Bemühen findet er den Ausdruck. Am 20. August war diese Sprachstörung geschwunden, Ende August fuhr Pat. nach Hause und nach der Mitteilung seines Onkels am 28. September 1907 (und im Okt. und Nov.) besucht Pat. mit Erfolg die Schule.

Ich habe Pat. 6 Wochen vollkommene Ruhe pflegen lassen; einer der Vorschläge fürs neue Gesetz proponiert auch eine längere anfängliche Schonungszeit.

Bei nicht genügender Schonung kommen Störungen vor, die wir auf das erlittene Trauma beziehen können oder müssen; wenigstens entwickeln sie sich direkt im Anschluss an dasselbe. Einen derartigen Fall habe ich im vorigen Jahr angeführt. Als weiteres Beispiel gestatten Sie mir m. H. Ihnen heute einen zweiten Fall vorzuführen: Peter A., 39 a. n. aufgen. 12. September 1907 entl. 18. Oktober 1907, den ich eben aus dem Krankenhaus entlassen habe. Der Mann kam mit Klagen über Kopfschmerzen ins Krankenhaus, war etwas schlafsüchtig, hatte keine Temperatursteigerung, zeigte keine zerebrale Ausfallssymptome, keine Veränderung der inneren Organe, die einen Anhaltspunkt für die Genese der Kopfschmerzen bieten konnten, führte aber seine Kopfschmerzen auf ein Kopftrauma zurück, dass er vor ca. 1 Jahr erlitten hatte; ich war anfangs nicht geneigt dasselbe als Ursache des Kopfschmerzes gelten zu lassen, doch die Aehnlichkeit mit dem ersten Falle war eine auffallende und eine Lumbalpunktion ergab leicht getrübten Liquor der mikrosk. hochgradige Lymphozytose zeigte. Nach der Punktion schwanden die Kopfschmerzen; ich versuchte noch ein mal Liquor zu erhalten, doch war der Druck so gering dass nur einige Tropfen zu erhalten waren, ein Beweis nur, dass ich wirklich mit der Nadel im Duralsack gewesen war. Pat. nahm stark zu und verliess mit dem Prädikat „genesen" die Abteilung; wir dürfen hoffen, dass er auch gesund und arbeitsfähig bleiben wird; jedenfalls war der erste Fall schwerer, hatte auch leicht erhöhte Temperatur dargeboten, ist aber, nachdem er einige Wochen nach seiner Entlassung am 29. Juni 1904 vergeblich versuchte eine höhere Entschädigung von der Fabrik zu erhalten, wieder an seine frühere Arbeit herangetreten und arbeitet noch heute; (diese Daten gab mir in freundlichster Weise der Fabrikarzt Herr Dr. Bernsdorff vor einigen Tagen).

Es liessen sich Zweifel in Bezug auf den causalen Zusammenhang zwischen Trauma und den so spät nach demselben auftretenden meningitisartigen Symptomen erheben, doch wir sehen erstens die Erscheinungen sich direkt an das Trauma anschliessen und unter den Folgeerscheinungen die nach Traumen beobachtet werden eine fortlaufende Reihe von Erscheinungen, die mit einander in Verbindung zu stehen scheinen. Unmittelbar nach dem Trauma sehen wir Blut im Liquor auftreten, das etwa nach 14 Tagen einem normalen Liquor Platz macht — es erfolgt Heilung — wenn nicht, so sehen wir in einer Reihe von Fällen Lymphozytose auftreten, die längere Zeit bestehen kann; jedenfalls Wochen und Monate lang; ich habe die einschlägigen Fälle nicht lange genug beobachten können, um sagen zu können was aus ihnen wird, ob dieses die Vorstadien sind für die oben erwähnten meningitisartigen Zustände. Diese Fälle sind aber in Verbindung mit den Bollinger'schen Spätapoplexien nach Traumen für das Verständniss des Schicksals, der durch das Trauma gesetzten Läsionen von Wichtigkeit; hier haben wir Sektionsbefunde; Bollinger zeigte, dass nach längerer oder kürzerer Zeit nach einem Trauma unerwartet, denn es bestand nach dem Trauma Euphorie, Apoplexien mit tötlichem Ausgang sich einstellen können; die Blutung erfolgt aus Zertümmerungsherden, die das Trauma setzte und die in der Folge der Erweichung anheimfielen.

Lassen wir diese Fälle zunächst ausser Acht, so sehen wir, dass auch schwerere Störungen, die oben erwähnten meningitisartigen Zustände nach Trauma, bei genügend langer Schonungszeit heilen können und wirklich ausheilen, und von voller Arbeitsfähigkeit gefolgt werden. Ehe aber die Heilung erfolgt, beginnt schon der Kampf um die Rente, und ein noch nicht verheiltes Hirn ist schon dazu angetan, in dem geschilderten Milieu eher, als ein ganz gesundes, die sogen. traumatische Neurose entstehen zu lassen; die vorhandenen Sensationen und Schmerzen werden von dem zur Arbeit Geneigten überwunden, der nach der Rente Strebende betrachtet sie mit gefühlbetonter Aufmerksamkeit. Diese und die Unannehmlichkeit des Kampfes um die Rente verschlimmern den Zustand, lassen eine Heilung nicht zu, und die Neurose ist da! — Merzbach hat nach statistischer Untersuchung gezeigt, dass nach heftigsten Traumen, die den ganzen Körper treffen keine, dass aber nach Kopftrauma am häufigsten die traumatische Neurose zur Entwicklung kommt. Der eben angedeutete Zusammenhang giebt wohl die beste Erklärung.

Sänger und Jeremias haben das Symptomenbild der traumatischen Neurose nachweisen können bei Leuten die voll arbeitsfähig waren. Bruns sah bei Offizieren an der Hannoverschen Reitschule nach schwerem Kopftrauma keine Neurose sich entwickeln. Hovac hat seit Jahren darauf hingewiesen, dass bei Nichtversicherten und vor dem U. V. G. schwere traumatische Läsionen des Hirns ausheilten ohne traumatische Neurose zu erzeugen und arbeitsfähig waren; auch jetzt hat er 5 neue Fälle der Versammlung in Baden-Baden vorgelegt. Ich selbst habe so manche Kranke öfter in der Abteilung wiedergesehen, die (so z. B. einer: Ataxie d. r. Hand, l. Abducenslähmung. Nystagmus) voll leistungsfähig waren und ihr Brod sich erwarben, die Abteilung dann und wann aufsuchten, weil sie zeitweilig von Störungen befallen waren, die auf Alkoholmissbrauch zu beziehen waren.

Trotz Alkohol arbeitete ihr Hirn so gut, dass sie die schwere Arbeit eines Schwarzarbeiters leisten konnten. Es heilt also eine grosse Zahl schwerer Läsionen des Hirns nach Kopftraumen aus ohne traumatische Neurose zu bekommen, wenn sie nicht versichert sind.

Wollen wir hoffen, dass es den deutschen Kollegen bald gelingen möge ein neues Unfallsgesetz zu Stande zu bringen und dass die grossen Segnungen desselben für die wirklich Geschädigten erhalten bleiben, die üblen Folgen aber vermieden werden.

In der Geschichte der Medizin wird aber die durch ein staatliches Gesetz erzeugte psychisch-nervöse Epidemie ein interessantes und merkwürdiges Kapitel bleiben.

Büchéranzeigen und Besprechungen.

Bericht über den XIV. Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie, Bd. I, Berlin 1908. Verl. von August Hirschwald.

Mit der gleichen Akkuratesse und Pünktlichkeit, durch die sich die Organisation und Führung des Berliner Hygiene-Kongresses von 1907 ausgezeichnet hat, beginnen jetzt auch seine Berichte zu erscheinen. Die Redaktion des Berichtes liegt in den bewährten Händen des Generalsekretärs Prof. Dr. Nietner. In dem vorliegenden ersten Bande finden wir, ausser einer genauen Berichterstattung über die Organisation des Kongresses, der Mitgliedslisten, der Begrüssungsreden und anderweitiger Daten von engerem Interesse, auch schon ein ansehnliches wissenschaftliches Material. Hierher gehören vor Allem die 3 grossen Vorträge von Chantemesse «Sérothérapie de la fievre typhoide». Haldane «Some recent investigations in the hygiene of subterraneen and subaqueous work» und Schattenfroh «Die Grundlagen der hygienischen Wasserbegutachtung», ferner aber auch sämtliche Beschlüsse der einzelnen Sektionen des Kongresses. Band II und III sollen die Referate der offiziellen Berichterstatter bringen, der Band IV — die anderen angemeldeten Vorträge, die Diskussions-Verhandlungen und das Generalregister.

Da den Kongressmitgliedern die Berichte eo ipso zugehen werden, so seien hiermit besonders die Leiter von Bibliotheken und Vorstände kommunaler Institutionen auf das Erscheinen dieses wertvollen Werkes aufmerksam gemacht.

A. W.

Arthur Konschegg: Theoretische Grundlagen zum praktisch-chemischen Unterricht der Mediziner. Verlag von J. F. Bergmann. 1908.

In knapper Form und dabei doch eingehend und vor allen Dingen sehr übersichtlich werden in dem vorliegenden Buch die theoretischen Grundlagen der analytischen Chemie in dem Umfang, wie sie für den Studierenden der Medizin erforderlich sind, behandelt. Die Darstellung des nicht leicht zu behandelnden Stoffes ist fliessend und klar. Das 150 Seiten fassende Buch zerfällt in 2 Teile: den anorganischen und den organischen. Für alle Reaktionen werden die wissenschaftlichen Erklärungen in einer so leicht fasslichen Form gegeben, dass sie sich leicht dem Gedächtnis einprägen. Die Jonentheorie wird vielleicht etwas zu kurz erörtert. In dem organischen Teil werden speziell die für den Mediziner wichtigsten Untersuchungen, nämlich die Alkaloidreaktionen und die Harnanalyse recht ausführlich behandelt. Ueberall werden neben den einfachen chemischen Formeln die Strukturformeln angegeben, wodurch erst die Entstehung und Ableitung der organischen Körper dem Verständnis des Lernenden zugänglich werden. Bei der Besprechung der Harnsäure geht der Verfasser von der neueren Theorie Emil Fischers aus, nämlich von der Ableitung der Harnsäure, sowie einiger anderen im Harn vorkommenden Stoffe, von dem Purinkern. Den Ergebnissen der neueren chemischen Forschung und dem praktischen Bedürfnis wird überall Rechnung getragen. Das Buch kann nicht nur dem Studierenden zum Lernen, sondern auch jedem Arzte, der in die Lage kommt chemisch zu arbeiten — und welcher Kliniker käme heutzutage nicht dazu — als Repetitorium empfohlen werden.

Fr. Dörbeck.

Prof. N. A. Saweljew: Differentialdiagnostik und Behandlung innerer Krankheiten.

Der erste Teil dieses, als Kompendium gedachten Werkes ist in anmutiger äusserer Ausstattung in gutem Druck und begleitet von charakteristischen Photogrammen — in russischer Sprache — eben im Buchhandel erschienen. Dasselbe ist einerseits für den angehenden Mediziner während seiner ersten selbständigen Tätigkeit als Polikliniker, andererseits für den Land- und Landschaftsarzt als Hand- und Nachschlagebuch bestimmt. Ueber die Bedürfnisse eines russischen Landschaftsarztes (земскій врачъ) können wir Balten uns kaum eine richtige Vorstellung machen — um wieviel weniger die Ausländer. Und doch liegt das Charakteristikum der praktisch-russischen Aerztetätigkeit z. T. in der Praxis des Landschaftarztes. Das Werk Prof. Saweljews nimmt auf diese praktische Seite weitgehendst Rücksicht. Schon hierin liegt ein gewisser interessanter Unterschied von einem deutschen Lehrbuch der innern Medizin, welches gewöhnlich sein Hauptgewicht auf den rein klinisch diagnostischen und pathologisch-anatomischen Teil legt. Ein russisches wird mehr auf die momentane Nutzanwendung auf die spezielle Therapie und auf den pathologisch-physiologischen Inhalt Rücksicht nehmen. Auch wird sich ein Buch für den russischen Landschaftsarzt nicht auf seine ureigne Disziplin, wie z. B. ein deutsches beschränken können. Wir finden hier die Säuglingsernährung, die Mundpflege, die einschlägige spezielle Massage kleine operative Eingriffe, prophylaktische Massnahmen, diätetische Vorgänge, Anwendung von Senfteigen, Nährklystiere, Sondierungen Harnanalysen und vieles Andere auf's Genaueste beschrieben. Bei jeder Krankheit werden nämlich in systematischer Folge zuerst die hygienischen Vorschriften, dann die diätetischen, physiotherapeutischen und zuletzt die medikamentösen Verordnungen geboten. Gegen den Tatendrang des jugendlichen Anfängers in der Heilkunde wird jedesmal auch im besondern Falle gewarnt; wie Prof. Saweljew sich ausdrückt, es wird auch betont, was man nicht tun soll. — Trotzdem der Therapie ein so grosser Raum gewährt wird, kommt im Ganzen und Grossen auch der diagnostische und differentialdiagnostische Teil nicht zu kurz. — Die Literaturangaben, insbesondere russischer Gelehrter, sind reichhaltig. Auch hier ist wahrscheinlich auf den Landschaftsarzt Rücksicht genommen worden. Für einen Studierenden ist unserer Meinung nach hier zuviel des Guten. In Deutschland vermeidet man in Lehrbüchern soviele Literaturangaben, weil es sich doch häufig um noch strittige Fragen handelt, und dem Lernenden nur Begründetes geboten werden soll. — Die Bilder, zumal die schematischen von speziellen Perkussions-Tast- und Auskultationsbefunden sind eine angenehme Beigabe. Freilich hätten einige schärfer sein können. Dem lässt sich jedoch in einer späteren Auflage abhelfen.

Somit ein interessantes und nützliches Buch, das auch vom Nichtspezialisten gern gelesen werden wird. Der zweite Teil verspricht sicher ebenso interessant zu werden.

Dr. Matthias Hirschberg.

Hildebrandt, Hermann: Neuere Arzneimittel. Beziehungen zwischen deren chemischer Konstitution und pharmakologischer Wirkung mit Berücksichtigung synthetisch hergestellter Arzneimittel. Leipzig. Akademische Verlagsgesellschaft. 1907.

Verfasser hat sich zur Aufgabe gemacht, eine allgemeine Darstellung derjenigen Beobachtungen zu geben, die die Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und physiologischer Wirkung einiger neuen Arzneimittel erweisen. Verschiedene chemische Konstitution, resp. verschiedene physikalische Eigenschaften, bedingen verschiedenes Verhalten der betreffenden Stoffe dem tierischen Organismus gegenüber. Das ist der Grundgedanke des interessanten Buches, der bei Betrachtung der wissenschaftlichen Untersuchungen über die einzelnen synthetischen Arzneimittel eingehend erläutert wird. Verändert man einen komplizierten Körper, indem man die in ihm enthaltenen Atomgruppen bestimmten Veränderungen unterwirft — sie durch andere ersetzt, oder ganz wegfallen lässt, oder endlich neue ihnen angliedert — so ändert sich auch die pharmakologische Wirkung desselben. Hierbei erweist es sich, dass die Wirkungsweise der Grundstoffe meist durch eine bestimmte Atomgruppe bedingt wird, und dass es nicht gleichgiltig ist, an welcher Atomgruppe — selbst bei gleicher chemischer Formel — die Veränderung vorgenommen wird. Es kommt eben auf die Struktur der Körper und die «Lagerung der Moleküle im Raume» an. Die Fülle der einzelnen Tatsachen, macht eine Wiedergabe des Inhalts des anregend geschriebenen Werkes schwierig. Wer Aufschluss über die Entstehungsweise vieler neuen Heilmittel finden will und wer sich dafür interessiert, zu erfahren, welche physikalisch-chemischen Vorgänge die physiologische Wirkung der Mittel bedingen, findet in dem Buche von Hildebrandt weitgehende Aufklärung. Der Kliniker kann daselbst auch manchen therapeutischen Wink finden und das Lesen dieser Abhandlung wird jedem Arzt von Nutzen sein.

Fr. Dörbeck.

Röntgenkalender. Begründet und herausgegeben von Prof. Dr. Ernst Sommer. Zürich V. I. Jahrgang. Mit 44 Illustrationen im Text, 23 Abbildungen auf 6 Tafeln und einem Bildnis des Prof. Röntgen. Otto Nemnich Verlag, Leipzig 1908.

Die stetig zunehmenden Anwendungsarten der Röntgenstrahlen und die stark wachsende Literatur auf diesem Gebiete machen das Erscheinen eines Buches wie der Röntgenkalender sehr zeitgemäss. In Gemeinschaft mit vielen hervorragenden deutschen Fachleuten hat der Begründer die Absicht durch den Inhalt, der einen bleibenden Wert hat, für den Praktiker eine Art Nachschlagewerk über das Gesamtgebiet der Röntgenologie zu schaffen, das durch alljährliche Ergänzung dem jeweiligen Stand dieses Zweiges der praktischen Medizin Rechnung tragen wird. Nach Vorausschickung eines historischen Rückblicks auf 13 Jahre Röntgenologie liefert der Kalender folgende von einzelnen Auto-

ren behandelte Abschnitte: Röntgenröhre, Mittel zur Unterdrückung der Schliessungsinduktion, einige neuere röntgenologische Hilfsapparate, theoretische Grundlagen und Methodik der Orthodiagraphie, über Blenden- und Schutzvorrichtungen im Röntgenverfahren, Röntgenstrahlen in der Zahnheilkunde, Dosimetrie, Röntgentherapie etc.

Allen Interessenten dürfte dieses Büchlein ein nützliches Vademecum sein.

Klopfer.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 5. September 1907.

Anwesend 41 Mitglieder.

Das Protokoll der Sitzung vom 16. Mai wird verlesen und angenommen.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. von Sengbusch ein junges Mädchen mit einem Lupus vulgaris des Gesichts, es steht in Röntgenbehandlung, bemerkenswert ist, dass schon nach der 5. Sitzung eine auffallende Besserung eingetreten war, Reinigung der tiefen Geschwüre an der Nase und Lippe und rasch fortschreitende Ueberhäutung eintrat, jetzt nach 8 Sitzungen à 10 Minuten mit mittelweicher Röhre ist der ganze Defekt bis auf eine kleine Stelle verheilt, der durch ein tiefes ulcus zerstörte linke Nasenflügel hat sich sehr schön erholt, so dass keine Zerstörung nachgeblieben, auch auf der erkrankten Schleimhaut der Nase keine Erscheinungen mehr sichtbar. Bemerkenswert ist, dass vor der Röntgenbehandlung eine oberflächliche Abschabung der lupösen Geschwüre ohne Narkose mit dem scharfen Löffel vorgenommen wurde und zwar von Dr. v. Manteuffel, der mir dann den Fall zur Behandlung schickte; es liesse sich diese Kombination vielleicht auch für weitere Fälle zum Versuche empfehlen. Pat. bleibt in Beobachtung. (Nachtrag vom 3. Oktober 1907 neue kranke Erscheinungen sind bis jetzt nicht aufgetreten).

Dr. Laurentz: demonstriert vor der Tagesordnung einen heute in der Sprechstunde einem $1^1/_2$-jährigen Kinde tief aus dem Pharynx mit dem Finger extrahierten Fremdkörper, und zwar handelte es sich um einen eisernen Stiefelabsatzbesatz von beträchtlicher Dimension (lichte Weite ca. $3^1/_2$ cm.) derselbe machte starke Schluck- und Atembeschwerden und konnte noch gerade mit den Fingerspitzen gefasst werden.

Punkt I der Tagesordnung.

Dr. W. v. Holst (als Gast) über einen Fall von Muskelatrophie.

M. H. Es sei mir gestattet Ihnen diesen neunjährigen Knaben vorzustellen, der seit seinem vierten Lebensjahr an einer langsam fortschreitenden Muskelatrophie leidet. Wie Sie sehen hat die Erkrankung mittlerweile einen so erheblichen Grad erreicht, dass der Knabe sich überhaupt nicht mehr aufrichten und nur mit grosser Anstrengung ein wenig kriechen kann. Am sichtbarsten ist der Schwund der Muskulatur an den Oberarmen, den Oberschenkeln und dem Rücken, während Gesicht, Hände und Füsse verschont geblieben sind. Ferner wird Ihnen schon bei flüchtiger Betrachtung der bedeutende Wadenumfang aufgefallen sein, doch darf man auf Grund der mangelhaften Funktion des Gastrocnemius und Soleus und bei der deutlich harten Resistenz keine echte muskuläre sondern blos eine bindegewebige Hypertrophie annehmen.

Entartungsreaktion lässt sich in den betreffenden Muskeln nicht nachweisen, nur eine ausserordentliche quantitative Erregbarkeitsherabsetzung. Dieser Umstand, sowie das Fehlen von fibrillären Zuckungen, die Art der Lokalisation und das gleichzeitige Auftreten der Pseudohypertrophie an andern Stellen des Körpers gestatten uns die Diagnose der Dystrophia musculorum progressiva, einer sogen. primären Myopathie zu stellen, bei der es bisher nicht gelungen ist pathologisch-anatomische Veränderungen im Nervensystem zu ermitteln. Für diese Diagnose spricht auch das familiäre und hereditäre Auftreten des Leidens in unserem Falle, da sowohl der verstorbene Vater als ein gleichfalls verstorbener Bruder daran gelitten haben.

Punkt II der Tagesordnung.

Dr. Wolferz jun. referiert über einen Fall von Sinustrombose mit fieberfreiem Verlauf.

11-jähriges Mädchen, seit 5 Wochen Ohreiterung rechts nach Angina. Kopfschmerzen, seit ca. 2 Wochen Schwellung hinter dem Ohr.

Bei der Aufnahme Temperatur normal. Sensorium frei. Reichliche Eiterung aus dem rechten Ohr, Abszess hinter dem Ohr. Nach 2 Tagen Operation, ausgedehnte Erkrankung des Knochens, Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube schwarzgrau verfärbt, mit Granulation und Eiter bedeckt. Sinus trombosiert, unregelmässiger Defekt in der lateralen Wand. Exzision der lateralen Sinuswand bis über das obere Knie. Iugularis nicht unterbunden. Sekundäre Naht, Heilung in 6 Wochen.

Die Temperatur wird 3-ständlich im Darm gemessen und war während des Hospitalaufenthaltes kein mal fieberhaft, die höchste Temperatur wurde am 5. Tage nach der Operation notiert — 37,8. Diese ungewöhnliche Erscheinung eines fieberfreien Verlaufes der Sinustrombose erklärt Vortragender damit, dass der Prozess ein langsam fortschreitender war und die Operation zu einer Zeit vorgenommen wurde wo der Verschluss des infizierten Trombus nach beiden Seiten hin ein fester und aseptischer war.

Anführung der in der Literatur bekannten Fälle von fieberfreier Sinustrombose.

Dr. Voss möchte erfahren, wie lange die Krankheit bestanden habe und ob regelmässig und zwar häufig die Temperatur gemessen sei, da letzteres wichtig sei, er könne nicht anders, als sich skeptisch zu den sog. fieberlos verlaufenden Fällen von Sinustrombose stellen.

Falls die regelmässige häufige Temperaturmessung nicht durchgeführt sei, auch vor dem der Arzt den Fall gesehen, so sei die Bezeichnung fieberfrei stets zweifelhaft.

Dr. Wolferz. 5 Wochen früher sei das Kind krank gewesen, damals aber nicht ärztlich behandelt worden; auffallend sei auch, dass nach der Operation keine Temperatursteigerung eingetreten, was gewöhnlich der Fall zu sein pflegt.

Dr. Voss. Nach der Operation sei der Verlauf doch wohl stets ein sehr verschiedener, oft trete sofortige Entfieberung ein, seiner Meinung nach fehle in allen als solchen bezeichneten Fällen, der Nachweis, dass tatsächlich kein Fieber bestanden habe.

Dr. von z. Mühlen schliesst sich Dr. Voss in dieser Beziehung an; nach seinen Erfahrungen mache eine jede, auch die leichteste Otitis acuta Temperatursteigerung, die ja wohl häufig von den Angehörigen übersehen werden könne.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

I. Kurländischer Aerztetag in Mitau

vom 10.—12. Mai 1908.

Programm.

Sonnabend, den 10. Mai um 10 Uhr morgens.

I. Geschäftliche Sitzung (nur für Mitglieder). 1) Eröffnung des Aerztetages durch den Vorstand. 2) Wahlen für den diesjährigen I. Aerztetag. 3) Festsetzung der Höhe des Mitgliedsbeitrages (laut § 11 der Satzungen). 4) Frage des baltischen Aerztekongresses (event. Wahl 1 Vizepräses und 2 Sekretäre). 5) Bestimmung der Zeit und des Ortes für den II. Kurländischen Aerztetag. 6) Wahlen für den II. Kurländischen Aerztetag. 7) Frage der Referate für den Aerztetag.

II. Allgemeine Sitzung $11^1/_2$ Uhr vormittags: 1) Begrüssungsrede des Vorsitzenden. 2) Dr. A. Raphael — Mitau: Mitteilungen aus der Geschichte der Epidemien in Kurland. 3) Dr. C. Becker-Mitau: Referat über den gegenwärtigen Stand der Syphilisforschung, nebst Demonstrationen der Spirochaete pallida.

III. Sitzung von 3—7 Uhr nachmittags: 1) Dr. J. Sadikoff-Talsen: Ueber die Tätigkeit des Kurl. Lepra-Vereins. 2) Dr. A. Raphael-Mitau: Statistisches über die Lepra in Kurland. 3) Dr. H. Hildebrand — Mitau: Ueber den Stand der Irrenfürsorge in Kurland. 4) Dr. L. v. Sacken — Mitau: Ueber die Notwendigkeit der Organisation des Sanitätswesens auf dem flachen Lande. 5) Dr. G. Ischreyt — Libau: Neuere Medikamente in der Augenheilkunde.

Sonntag, den 11. Mai.

IV. Sitzung von 9—1 Uhr mittags: 1) Dr. K. Brutzer — Riga: Demonstration von Röntgenbildern. 2) Dr. H. Idelsohn — Riga: Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Dysbasia angiosclerotica, mit Demonstrationen. 3) Dr. K. Tantzscher — Mitau: Ueber Krebsforschung und Krebsbehandlung. 4) Dr. P. Klemm — Riga: Ueber chirurg. Be-



handlung der Unterschenkelvaricen. 5) Dr. W. Greiffenhagen — Reval: Zur Therapie des Volvulus flexurae sigmoideae. 6) Dr. O. Brehm — Libau: Ueber subphrenische Abszesse.

V. Sitzung von 3—6 Uhr nachmittags: 1) Dr. E. Pelling — Mitau: Ueber Malaria und Malariarezidive. 2) Dr. G. v. Knorre — Riga: Ueber Extrauteringravidität. 3) Dr. A. Christiani — Libau: Ueber Schwangerschaftstoxikosen, speziell über Hyperemesis gravidarum.

Montag, den 12. Mai.

VI. Sitzung von 10—1 Uhr mittags: 1) Dr. H. Hildebrand — Mitau: Ueber Beziehungen zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen. 2) Dr. W. Stieda — Mitau: Ueber die Beziehungen der praktischen Aerzte zur Psychiatrie. 3) Dr. Ch. Siebert — Libau: Ueber einen Fall von Pachymeningitis cervicalis hypertrophica. 4) Dr. Ed. Schwarz — Riga: Ueber akute traumatische Ataxie.

VII. Sitzung von 3—6 Uhr nachmittags. 1) Dr. W. Unverhau — Mitau: Ueber einen Fall von Sepsis, hervorgerufen durch das Bacterium coli commune. 2) Dr. M. Hirschberg — Riga: Hände (Röntgenstudien). 3) Dr. Biskap — Szeymel (Gouv. Kowno): Die Serumbehandlung des Scharlachs.

Im Namen des Vorstandes

Dr. med. Hermann Hildebrand,

:dz. Vorsitzender der kurländischen Aerztegesellschaft.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Seinen 80. Geburtstag beging am 8. Mai n. St. der verdienstvolle Gründer des Roten Kreuzes und der Genfer Konvention, Heinrich Dunant, in dem Schweizer Bergstädtchen Heiden (Kanton Appenzellen). Der einst in allen Kreisen hochgefeierte Mann war lange Zeit verschollen, bis ihn Baumberger im Jahre 1895 in stiller Zurückgezogenheit und grosser Dürftigkeit lebend in dem genannten Städtchen wiederentdeckte. Wie von dort berichtet wird, ist er sogar wieder frisch und munter, seitdem ihm infolge eines Baumbergerschen Artikels in einem grossen deutschen Blatte zahlreiche moralische Ehrungen und seitens einiger Regierungen sowie vieler Gesellschaften des Roten Kreuzes erhebliche Geldzuwendungen zuteil wurden, die im Dezember 1902 in der Verleihung des Nobelschen Friedenspreises im Betrage von 100,000 Frank gipfelten.

— Das Professorenkonseil der Universität Kasan hat beschlossen, das Portrait des Reichsdumadeputierten Dr. Michael Kapustin (Oktobrist), der bekanntlich Professor der Hygiene an dieser Universität ist, im Konseilzimmer aufzuhängen.

— Am 1. April vollendeten sich 30 Jahre der ärztlichen Tätigkeit des Kinderarztes und Privatdozenten für Kinderkrankheiten an der Moskauer Universität, Dr. Alexander Filippow. Aus diesem Anlass wurden ihm Adressen von seinen Zuhörern in der Universität, sowie von seinen Freunden und den dankbaren Eltern seiner kleinen Patienten dargebracht. (R. Wed. — R. Wr.).

— In Tiflis beging am 20. April der Chefarzt der transkaukasischen Eisenbahnen, Staatsrat Dr. Nikolai Ssacharow, das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit.

— Der Militär-Medizinalinspektor des Warschauer Militärbezirks, Geheimrat Dr. Wladimir Schuchow, ist als Militär-Medizinalinspektor in den Kaukasischen Militärbezirk übergeführt worden. Zu seinem Nachfolger in Warschau ist der bisherige Gebiets-Medizinalinspektor des Donischen Kosakenheeres, wirkl. Staatsrat Dr. Demetrius Rebtschewski, ernannt worden.

— Der Chefarzt des hiesigen Marinekadettenkorps, wirkl. Staatsrat Dr. Alexander Dmitrijew, ist zum Flaggmannsarzt des Geschwaders der Zöglinge des genannten Kadettenkorps für die Kampagne dieses Jahres ernannt worden.

Nekrologe:

— Verstorben sind: 1) Am 21. April zu Riga der Senior der dortigen Aerzte Dr. Gustav Carlblom im Alter von 70 Jahren. In Fellin als Sohn des dortigen Kreisarztes Ernst Carlblom am 2. Dezember 1837 geboren, erhielt er seine Schulbildung in der renommierten Schmidtschen Erziehungsanstalt seiner Vaterstadt, um sich dann dem Studium der Medizin an der Dorpater Univers. zu widmen, an welcher er mit Unterbrechungen von 1856—66 immatrikuliert war und der Korporation «Livonia» angehörte. Nach Erlangung der Doktorwürde durch Verteidigung seiner Dissertation «Ueber den wirksamen Bestandteil des ätherischen Farrenkrautextraktes», liess er sich 1866 in Riga nieder, wo er 41 Jahre hindurch als praktischer Arzt tätig gewesen ist. Der Hingeschiedene hat es, wie ein Rigasches Blatt ihm nachsagt, dank seinen persönlichen Eigenschaften verstanden, Freund und Berater seiner Patienten zu werden und auch im Kreise seiner Kollegen die höchste Achtung zu erringen. Ein Zeugnis dieser Hochachtung hat der Rigasche ärztliche Verein ihm an seinem 70. Geburtstage durch die Wahl zum Ehrenmitgliede abgelegt. Auch des Vertrauens seiner Mitbürger erfreute sich Dr. Carlblom in hohem Masse, da sie ihn, als im J. 1877 das Armenwesen an die städtische Kommunalverwaltung überging, an die Spitze der Verwaltung des Stadtkrankenhauses beriefen, in welcher Stellung er mehrere Jahre verblieb. 2) Am 14. April in Wiborg Dr. Heinrich Laakmann im vor kurzem vollendeten 30. Lebensjahre. An hochgradiger Neurasthenie leidend, hat er seinem Leben durch Morphium freiwillig ein Ziel gesetzt. Der Verstorbene war in Dorpat geboren, wo er auch das Gymnasium besuchte und an der Universität Medizin studierte. Nach Absolvierung seiner Studien war L. einige Zeit Assistent an dem Evangelischen Hospital in St. Petersburg. 3) Am 25. April in Moskau der pensionierte Militärarzt Dr. Grigori Goldberg im 55. Lebensjahre. Er verschied plötzlich in Erwartung des Schnellzuges auf dem Moskauer Nikolaibahnhof. Die ärztliche Praxis hat G. seit 1876 ausgeübt. 4) In Warschau der Ordinator des Krankenhauses «Kindlein Jesu» Dr. Sigismund Koronkewitsch, im Alter von 32 Jahren am Flecktyphus, mit dem er sich im Krankenhause infiziert hatte. Arzt war der Verstorbene erst seit 1900. 5) In Greifswald nach nur zweitägigem Krankenlager der Oberarzt der dortigen chirurgischen Universitätsklinik Dr. Albo Marting. Erst 31 Jahre alt, ist er das Opfer einer Blutvergiftung geworden, die von einem Nackenfurunkel ausging und äusserst schnell verlief. Mit ihm ist ein hochbegabter, zu grossen Hoffnungen berechtigender Vertreter der medizinischen Wissenschaft dahingegangen.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die Konferenz der militär-medizinischen Akademie hat eine Kommission niedergesetzt zur Ausarbeitung von Regeln für die Annahme und die Prüfung der Doktor- und Magister-Dissertationen, sowie für die Doktor- und Magister-Disputationen. Die Kommission besteht unter dem Vorsitz des Prof. Rein aus den Professoren der Akademie Kossorotow, Krawkow, Schawlowski und Warlich. Der Letztgenannte vertritt den zur Zeit kranken gelehrten Sekretär der Akademie, Prof. Dr. Dianin.

— Der frühere Marinearzt Dr. Grigori Bjelenowski ist vom Konseil des hiesigen weiblichen medizinischen Instituts als Privatdozent für Bakteriologie zugelassen worden.

— Die im vorigen Jahre wegen Beteiligung an den Unordnungen in der militär-medizinischen Akademie auf ein Jahr ausgeschlossenen Studenten haben sich mit einem Gesuch um ihre Wiederaufnahme (nach Ablauf der Frist) in die Akademie an die Professorenkonferenz gewandt. Wie die «Rjetsch» erfährt, hat die Konferenz beschlossen, sie wieder in die Akademie aufzunehmen, sobald sie mit den übrigen Studenten das Uebergangsexamina zum nächsthöheren Kursus abgelegt haben.

— Da in Kasan wieder der Versuch gemacht worden war, durch eine Obstruktion die Examina zu stören, so erschien am 21. April in der Universität ein Polizeikommando, unter dessen Schutz die Examina dann fortgesetzt werden konnten.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Der I. internationale Kongress für erste Hülfeleistung bei Unglücksfällen findet vom 27. Mai bis zum 1. Juni in Frankfurt a/Main statt. Der Kongress wird mit einer Ausstellung von Gegenständen, welche zu der ersten Hülfeleistung in Beziehung stehen, verbunden sein. Als Delegierte Russlands werden der Leibchirurg Prof. Weljaminow, Leibmedikus Dr. Berthenson, Leibchirurg Prof. Rein, General N. K. Schwedow u. a. an dem Kongress teilnehmen. In allen die Ausstellung betreffenden Angelegenheiten hat man sich an Dr. König, Fransfurt a/M., Bethmannstrasse Nr. 3 zu wenden.

Standesangelegenheiten.

— Die Kassationsklage der zu Festungshaft verurteilten Angeklagten, mit Dr. Troschin an der Spitze, die den Oberarzt Dr. Reformatski von der hiesigen Irrenanstalt Nikolaus des Wundertäters aus der Anstalt auf einem Karren gewaltsam auf die Strasse hinausgeführt hatten, ist vom Senat ohne Folge belassen worden.

— Der Wologdasche Gouvernements-Sanitätsarzt Dr. Popow ist vom Gouverneur auf Grund obligatorischer Bestimmungen mit einem Monat Arrest bestraft worden, weil in seinem Quartier bei einer Haussuchung über 2000 Exemplare illegaler Literatur vorgefunden wurden.

— Die Untersuchung über das Verhalten des Rektors und der Professoren der Odessaer Universität bei den Unordnungen, welche an der Universität stattfanden, ist nunmehr von der besonderen Kommission beim Ministerium der Volksaufklärung zum Abschluss gebracht. In dem Gutachten, das diese Kommission dem Ministerkonseil zugleich mit dem Untersuchungsmaterial vorgelegt hat, wird darauf hingewiesen, dass das Professorenpersonal der Odessaer Universität für seine Untätigkeit und offenbare unerlaubte Nachsicht während der Unordnungen zur Verantwortung gezogen werden muss. Wie verlautet, wird von der in Aussicht genommenen disziplinarischen Bestrafung Abstand genommen und sollen alle schuldigen Professoren zur kriminellen Verantwortung gezogen werden.

— Die Ursache der Ermordung des Medizinalinspektors Dr. Grödinger in Simferopol, über welche wir in der vorigen Nr. berichteten, ist bis jetzt unaufgeklärt geblieben. Eine Unbekannte soll ihn mehrmals ersucht haben, ihren geisteskranken Mann in einem benachbarten Dorfe zu besuchen. Obschon Dr. Gr. erklärte, dass er kein Psychiater sei, so liess die Unbekannte nicht nach, bis er sie zum Kranken begleitete. Am anderen Morgen wurde er tot am Wege gefunden. Ein Raubmord scheint ausgeschlossen zu sein; eher wird ein Mord aus Rache vermutet.

Verschiedene Mitteilungen.

— Vom Medizinalrat ist eine gemeinverständliche Anleitung zum persönlichen Schutz gegen die Cholera unter dem Titel «Наставленіе о мѣрахъ личнаго предохраненія отъ холеры», welche von einer besonderen, aus den Mitgliedern des Medizinalrats Leibmedikus Dr. Berthenson und den Professoren Podwyssotzki, Chlopin und Janowski bestehenden Kommission ausgearbeitet wurde, geprüft und gutgeheissen worden.

— Neue medizinische Zeitschriften: 1) In Irkutsk erscheint seit dem 1. April d. J. eine medizinische Wochenschrift unter dem Titel «Сибирская Врачебная Газета» (Sibirische ärztliche Zeitung) unter der Redaktion von Dr. Paul Fedorow. Der Abonnementspreis beträgt 7 Rbl. jährlich, in diesem Jahre jedoch nur 5 Rbl: — 2) In Paris wird eine neue chirurgische Monatsschrift unter dem Titel «Journal de chirurgie» demnächst erscheinen, welche vorzugsweise Referate über die im Monat vorher veröffentlichten Arbeiten bringen wird. Die Redaktion haben die jungen Chirurgen Cuneo, Gosset, Lecène, Lenormant und Proust übernommen. **Bf.**

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 6. Mai 1908.

Tagesordnung: 1) Johannsen: Fall von Chlorom.
2) Siebert: Fall von Osteom der Nase.
3) Giese: Ueber einen operierten Fall von Tumor der Dura mater spinalis, mit Demonstration.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 5. Mai 1908.

Tagesordnung: 1) Lunin: Ueber Harnuntersuchungen bei Scharlach, Masern und Diphtheritis auf die intermediären Produkte des Stoffwechsels.
2) Albanus: Demonstration eines Präparates von Thrombose der Arteria pulmonalis dextra.



Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup

„CALIFIG“

(Name gesetzlich geschützt)

welcher, dank seiner Unschädlichkeit, seiner zarten und schnellen Wirkung von den Aerzten gern auch in der Frauen- und Kinderpraxis verordnet wird als angenehmes Abführmittel. (28) 0—5.

Die Gebrauchsanweisung ist jeder Flasche beigegeben.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herren Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau . . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau . . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.

MARIENBAD (Böhmen).

Marienbader Brunnen-Pastillen. Säuretilgend. Schleimlösend. Chron. katarrhalische Affektionen der Schleimhäute, besonders des Respirations- und Verdauungstraktes. Sodbrennen. Magenkrampf. Heiserkeit.

Marienbader natürliches Brunnensalz. Magenkatarrh. Leichtes und sicheres Purgativ. Stuhlverstopfung. Verdauungsstörung. Verminderung des Körpergewichts. Darmkatarrh. Hämorrhoiden.

Marienbader Mineralwasser-Versendung Marienbad Böhmen.
(86) 10—1. Man verlange nur Marienbader **natürliches** Brunnensalz.

BAD REINERZ

Grafschaft Glatz
Mittelschlesien
Bahnstation.

568 m, **waldreicher klimatischer Höhen- und Luftkurort, kohlensaure alkalische Eisenquellen**, modernes Heilverfahren, **Bäder aller Art**, Inhalationen Kaltwasser-, Milch und Molkenkuren. **Heilkräftig** bei Erkrankungen der **Nerven**, des **Herzens**, der **Atmungs-, Verdauungs-, Harn-** und **Unterleibs-Organe**, bei **Asthma, Gicht, Rheumatismus** etc. Prachtvolle Berglandschaften, herrliche Anlagen und Promenaden. — Elegantes Badeleben. — Brunnenverband durch Apotheke. Bücher frei durch **sämtliche Büros Rudolf Mosse** und die **Badeverwaltung**. — Besuch 11300 Personen. — Saison Mai—Oktober. (76) 2—2.

BAD KREUZNACH

Saison 1. Mai—30. Sept.

Stark radioaktive Jod-, Brom- und Lithionhaltige Heilquellen. Alle modernen Heilmittel und perfekte sanitäre Einrichtungen.

Radiumgewinnung.

Indikationen: Frauen- und Kinderkrankheiten, Skrofulose, Rachitis, Hautkrankheiten, Herzkrankheiten, Gicht u. Rheumatismus.

Versand von Kreuznacher Mutterlauge.
Prospekte durch die Kurdirektion gratis und franko.

Bad Nauheim.

Dr. Schuster

Wechselstrom
Vibration
Orthodiagraph.

Die Haemoglobinskala von T. W. Tallquist

zur bequemen und schnellen quantitativen Bestimmung des Haemoglobin wird schon seit lange von vielen Aerzten aller Länder angewandt. Die Genauigkeit dieser Methode, im Vergleich mit der Haemoglobinmessung mit Hilfe der Apparate von **Fleischl** und **Gower**:, wird als sehr hoch anerkannt. Ein Büchlein, genügend für mehrere hundert Bestimmungen, ist an Umfang nicht grösser als ein gewöhnliches Notizbuch und kostet nur 1 Rbl. 50 Kop., bei Uebersendung per Nachnahme 1 Rbl. 80 Kop. Bei Abnahme von zehn Exp. ein Buch gratis.

Einziger Vertreter für Russland.
Buchhandlung **R. Edgren,**
(69) 1—1. St. Petersburg, Grosse Stallhofstrasse, 8.

Kissingen

Dr. C. Dapper's
* Sanatorium *

„Neues Kurhaus“ für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle), **Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie; Mastkuren;** Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. **April — Dezember.** Prospekte.

Dr. C. Dapper Kgl. Preuss. Professor Kgl. Bayr. Hofrat, — **Dr. E. Jürgensen.** (67) 14—4.




PRODUKTE aus den NATÜRLICHEN dem Wasser entzogenen SALZEN

VICHY

VICHY ÉTAT

DIE QUELLEN GEHÖREN DER FRANZÖSISCHEN REGIERUNG

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Pastillen nach dem Essen fördern die Verdauung.

SEL VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Verdauungs-Wassers

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Alkalisch-brausenden Wassers.

SEL *und* COMPRIMÉS *müssen in gekochtem, abgekühltem Wasser aufgelöst werden.*

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:

Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:

Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:

Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:

Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) —42.

Chemische Fabrik auf Aktien
(vorm. E. Schering) Berlin
empfiehlt:

SUBLAMIN SCHERING

(Hervorragender Ersatz für Sublimat).

Ausgezeichnet durch grosse Reizlosigkeit, Tiefenwirkung und leichte Löslichkeit. Weniger toxisch als Sublimat.

Tabletten à 1 Gramm

GLUTOL SCHERING

nach Prof. Dr. Schleich

(Hervorragendes Wundheilmittel).

Literatur gratis zur Verfügung. (23) 24—16.

General-Vertrieb: Agences du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau und Moskau.

Briefadressen: Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Pari Warschau.
Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Moskau.

Telegrammadressen: Pasteur, Warschau und Pasteur, Moskau

BAD KUDOWA

Reg.-Bez. Breslau
Bahnst. Kudowo oder Nachod.
400 m über dem Meeresspiegel.

Saison: Vom 1. Mai bis Oktober.

Arsen-Eisenquelle: Gegen **Herz-**, Blut-, Nerven- und **Frauenkrankheiten.**

Lithion-Quelle: Gegen Gicht, Nieren- und Blasenleiden.

Natürliche Kohlensäure- und Moorbäder.

Neu erbohrte, ausserordentlich kohlensäurehaltige und ergiebige Quelle. Komf. Kurhotel. Theater- und Konzertsäle. Anstalt für Hydro-, Elektro und Licht-Therapie. Medico-mechanisches Institut. Hochwasserleitung und Kanalisation.

Badeärzte: Geh. Sanitäts-Rat Dr. Jacob, Dr. Karfunkel, Dr. Hermann, Dr. Witte, Privat-Dozent Dr. Ruge, Sanitäts-Rat Kuhn, Dr. Silbermann, Dr. Münzer, Dr. Brodzki, Dr. Hirsch, Dr. Loebinger, Dr. Kabierschke, Dr. Bloch, Dr. Schnabel, Zahnarzt Dr. Wolfes.

Brunnen-Versand durch die Generalvertretung Dr. S. **Landsberg,** Berlin SW. Gitschinerstr. 107, Telephon-Amt IV 1048, und die Bade-Direktion Kudowa.

Prospekte gratis durch **sämtliche Reisebüros, RUDOLF MOSSE** und

Die Bade-Direktion.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 19 St. Petersburg, den 10. (23. Mai). 1908.

Ueber die Behandlung der Gefässverletzungen im Kriege.

Von

Dr. Leo Bornhaupt.

Vortrag gehalten zum estländischen Aerztetage in Reval im November 1907.

Meine Herren! Wir müssen es lebhaft bedauern, dass Professor Zoege von Manteuffel verhindert ist, uns heute hier seine reichen Erfahrungen über die Gefässverletzungen im Kriege mitzuteilen, und durch sein Referat diese interessante Frage von vielen Seiten zu beleuchten und zu klären. Ich habe mir zur Aufgabe gemacht, Ihnen nur ein Korreferat vorzulegen, will aber trotzdem versuchen, hier nicht nur über meine Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege zu berichten, sondern Ihnen auch die Ansichten anderer Kriegschirurgen in dieser Frage in Kürze mitzuteilen, damit Sie einen Ueberblick über die Beobachtungen bekommen können, die in den letzten Kriegen an den Gefässverletzungen gemacht worden sind.

Es ist jetzt eine feststehende Tatsache, dass die Schussverletzungen, die durch eine moderne, kleinkalibrige Mantelkugel zu Stande kommen, die Eigenschaft besitzen, quasi per primam zu heilen.

Die Berichte aus den letzten Kriegen, auch diejenigen aus dem russisch-japanischen, zeigen, dass die grösste Anzahl von Verwundungen durch das Mantelgeschoss einer Flinte zu Stande kommt, und dass von diesen Schussverletzungen wiederum ein sehr hoher Prozentsatz, selbst in Fällen einer schweren Verletzung, ohne Komplikationen heilt.

Nach den statistischen Zusammenstellungen von Schaefer[1]) entfielen im russisch-japanischen Kriege 83,5% der Verwundungen auf die Gewehre,
14,5% auf die durch Geschütze und
2% „ „ „ Nahwaffen.

Von 182 Bauchschüssen[2]), die in dem von mir geleiteten Hospital der „Иверская Община" behandelt worden sind, waren 89,8% durch ein kleinkalibriges Mantelgeschoss verursacht worden. Von den 157 Gelenkschüssen[3]) waren 70% Mantelkugelschüsse.

Nach den Berechnungen der letzten Kriege stellt es sich heraus, dass auf 100 Verwundete durchschnittlich 17—18 auf dem Schlachtfelde fallen und ca. 7% später sterben, so dass die Gesammtmortalität ca. 25% beträgt.

Daraus ersehen Sie, m. H., dass die meisten Schwerverwundeten sofort auf dem Schlachtfelde sterben, und nur ein sehr kleiner Prozentsatz von Verwundungen später zum tödtlichen Ausgange führt.

Da nun bei Weitem die grösste Anzahl von Verwundungen wie wir eben gesehen haben, durch das moderne Mantelgeschoss zu Stande kommt, die übrigen Verletzungen aber im Vergleich dazu eine unbedeutende Rolle spielen, so kann man auf Grund der oben angeführten Zahlen mit einem gewissen Recht behaupten, dass die modernen kleinkalibrigen Mantelkugeln Verwundungen verursachen, welche in den Fällen, wo sie

[1]) Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 79. H. 4.
[2]) Bornhaupt. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 84. H. 3.
[3]) Bornhaupt. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 80. H. 1.

nicht sofort tötlich wirken, nur in einem verhältnissmäsig geringen Prozentsatz zum Tode führen.

Welchen Umständen haben wir es denn zu verdanken, dass eine Mantelkugelschussverletzung in der grössten Mehrzahl der Fälle spontan ausheilt? Das sind:

1) Kleines Kaliber.

2) Grosse Anfangsgeschwindigkeit und Durchschlagskraft.

3) Unveränderte Gestalt der Kugel.

Die Folgen davon sind: ein enger Schusskanal, in dem sich schnell Verklebungen der Wände bilden, ferner ein seltenes Steckenbleiben des Projektils, dadurch auch geringere Chancen zur Infektion des Schusskanals.

Auf Grund dieser Tatsachen steht es fest, dass die Schussverletzungen, welche durch ein kleinkalibriges Mantelgeschoss eines modernen Infanteriegewehrs zu Stande kommen, welche eine kleine Ein- und Ausschussöffnung aufweisen, die Eigenschaft und die Tendenz zeigen, spontan und nur mit wenigen Ausnahmen quasi per primam zu heilen.

Es ist von grosser Wichtigkeit, diese bei Weitem die grösste Gruppe von Schussverletzungen in den modernen Kriegen hervorzuheben und daran festzuhalten, da diese Erkenntniss uns das Vorgehen auf dem Schlachtfelde wesentlich erleichtert. Auf den Verbandplätzen sollen wir diese grosse Gruppe von Verwundungen nicht anrühren, falls keine strenge Indikation dazu vorliegt. Wir sollen in solchen Fällen die Schusswunden nur vor Infektion schützen und immobilisieren. Und gerade das Immobilisieren wurde im russisch-japanischen Kriege mehr, als erwünscht, unterlassen; dennoch sahen wir auffallend wenige Fälle, wo sich diese Unterlassungssünde gerächt hätte. Ganz gefehlt haben dieselben natürlich nicht.

Anders verhält es sich mit den Schussverletzungen, die entweder durch Artilleriegeschosse (Schrapnell, Granate), durch Nahwaffen, oder durch Nahschüsse, Ricochett- und Fernschüsse, wo die Durchschlagskraft der Mantelkugel gelitten, beziehungsweise ihre Gestalt sich verändert hatte, zu Stande gekommen sind. Hier haben wir es mit ganz anderen Wundverhältnissen, hier haben wir es mit Komplikationen zu tun. Es sind Komplikationen, die durch ausgedehnte Zerreissungen der Weichteile, diffuse Blutergüsse, Steckenbleiben des Projektils und Hineindringen der Infektion bedingt sind.

Die Verwundungen dieser zweiten Gruppe unterscheiden sich von den zuerst beschriebenen im Wesentlichen durch:

1) Eine grössere Ein- oder Ausschussöffnung.

2) Durch Fehlen einer Ausschussöffnung.

3) Durch grosse Blutergüsse und stärkere Schwellung in der Umgebung der Schusswunden.

Wenn wir im Folgenden zur Betrachtung speziell der Gefässverletzungen übergehen, so lassen sich auch unter diesen die oben beschriebenen zwei Gattungen hervorheben; und zwar: erstens die grosse Gruppe von Gefässschüssen, die durch ein kleinkalibriges Mantelgeschoss ohne Komplikationen zu Stande kommen; und zweitens steht diesen eine kleinere Anzahl von Gefässverletzungen gegenüber, wo die oben geschilderten Komplikationen beobachtet werden.

Die Gefässschüsse mit Komplikationen haben natürlich in erster Linie diejenigen Aerzte zu Gesicht bekommen, die in der Nähe des Schlachtfeldes gearbeitet haben. In den weiter nach hinten gelegenen Lazaretten hingegen hatte man hauptsächlich mit solchen Gefässverletzungen zu tun, die bei einer ausgeheilten Schusswunde zur Bildung eines Aneurysmas geführt hatten.

Als Folgen einer Schussverletzung eines Blutgefässes sind Nachblutung, Infektion und Gangrän zu befürchten. Tatsächlich sind diese Folgen auch öfters eingetreten, meist aber in den Fällen, wo es sich um die Gefässschüsse der zweiten Gruppe mit Komplikationen handelte, und sind diese Erscheinungen daher auch vorwiegend von den Aerzten beobachtet worden, die in den vorne gelegenen Lazaretten gearbeitet haben.

Endlich muss hier noch eine dritte Gruppe von Gefässverletzungen erwähnt werden, die von solchen Fällen gebildet wird, wo die Verwundeten auf dem Schlachtfelde verbluten. Unter solchen Umständen kommt erfahrungsgemäss die ärztliche Hilfe meist zu spät.

Hildebrandt[4]) ist es im Burenkriege ein Mal gelungen, einer derartigen Blutung aus der Art. femoralis Herr zu werden und das Leben des Patienten zu retten. Bevor ich zur Besprechung der Behandlung der Gefässverletzungen übergehe, möchte ich Ihnen die Erfahrungen, die ich an meinem Material gesammelt habe, kurz mitteilen. Das Lazarett der „Иверская Община" des Roten Kreuzes aus Moskau, das sich unter dem Schutz Ihrer Kaiserlichen Hoheit der Grossfürstin Elisabeth befand, war in Charbin stationiert, und hatten wir es daher fast nur mit solchen Gefässschüssen zu tun, die durch eine kleinkalibrige Mantelkugel zu Stande gekommen waren, und ohne Komplikationen heilten. Im Ganzen haben wir 25 Fälle von Gefässverletzungen behandelt. Davon sind 22 im Archiv für klin. Chirurgie Bd. 77. H. 3 von mir publiziert worden.

4 Mal ist ein verletztes Gefäss unterbunden worden; 1 Patient starb an Sepsis, die durch das Steckenbleiben der Kugel bedingt war. 4 Verwundete wurden wegen eines Aneurysmas konservativ behandelt und im guten Zustande nach Russland evacuiert. Unter diesen sahen wir ein Aneurysma der art. iliaca ext., das sich spontan vollständig zurückgebildet, so dass der pulsierende Tumor verschwunden und das Geräusch nicht mehr nachzuweisen war.

17 Mal ist ein Aneurysma exstirpiert worden. Von diesen ist 1 Patient gestorben, der von meinem Stellvertreter wegen eines sehr grossen Aneurysmas der Arteria und Vena subclaviae operiert worden war. Nach der Operation entwickelte sich eine Gangrän der Extremität; der Pat. willigte in eine Amputation nicht ein und ging an Sepsis zu Grunde. Von den übrigen 16 Patienten wurden 15 geheilt entlassen, 1 Mal musste die untere Extremität wegen einer postoperativen Gangrän amputiert werden, wonach auch dieser Patient in gesundem Zustande nach Russland evacuiert wurde. Das Aneurysma befand sich in diesem Fall gerade an der Abgangsstelle der art. profunda femoris, die während der Operation stark blutete und auch unterbunden werden musste. Die Uebersicht war dadurch im hohen Grade behindert, und ist wohl die nachfolgende Gangrän eher darauf zurückzuführen, dass mit dem aneurysmatischen Sack ein zu langes Stück der Vene mitreseziert worden war.

Fast in allen Fällen haben wir es mit Streifschüssen zu tun gehabt. 21 Mal ist im Ganzen wegen der Gefässverletzungen operiert worden, und nur 1 Mal haben wir einen Lochschuss der art. axillaris zu Gesicht bekommen. Die Vene wird sehr häufig beim Streifschuss mit getroffen. Von den 25 Patienten hatten 14 ein arterio-venöses Aneurysma. An einem Fall eines arteriellen Aneurysmas machten wir die Erfahrung, dass das Geräusch vollständig fehlen kann und nur ein deutlich pulsierender Tumor die Diagnose möglich macht.

---

[4]) Hildebrandt. «Die Verwundungen durch die modernen Kriegsfeuerwaffen». Band I und II.



In einem Fall eines arteriellen Aneurysmas erlebten wir vom 9. Tage nach der Verwundung an mehrere Nachblutungen in die Weichteile hinein. Dieser Pat. hatte aber einen ganzen Tag unversorgt auf dem Schlachtfelde gelegen, darauf ist er bei Dunkelheit ca. 1 Werst auf allen Vieren gekrochen und weitere 3 Werst bis zum Verbandplatze zu Fuss gegangen. In der Nacht auf dem Verbandplatze angelangt, musste er bis zum nächsten Morgen auf den Verband warten. Das Aneurysma wurde bei uns exstirpiert, wonach der Pat. völlig gesund geworden ist.

4 Mal hatte ich es mit einer infizierten Verletzung verschiedener Arterien zu tun. Ein Mal handelte es sich um eine Verletzung der Carotis int., die mit der Nasenhöhle kommunizierte, ein Mal um eine Sepsis und Nachblutung aus der art. profunda femoris in Folge einer steckengebliebenen Mantelkugel. Im dritten Fall handelte es sich um eine infizierte, komplizierte Femurfraktur und einen Streifschuss der art. poplitea; und endlich sahen wir eine Nachblutung aus einer durch einen Streifschuss verletzten carotis communis, wobei als die Eingangspforte für die Infektion eine Schusswunde in der Trachea zu betrachten ist.

In allen den Fällen, wo die Gefässverletzung durch eine kleinkalibrige Mantelkugel zu Stande gekommen, und eine Ein- und Ausschusswunde vorhanden war, die Komplikationen dagegen fehlten, haben wir nach einer Exstirpation des Aneurysmas ca. 4—6 Wochen nach der Verletzung nur gute Resultate gesehen. Die Funktion der Extremität blieb teilweise beeinträchtigt in den Fällen, wo diffuse Blutergüsse, Oedeme und Schwellungen in den Weichteilen vor der Operation bestanden hatten, oder wo zugleich eine Läsion des benachbarten Nerven vorlag. In den Fällen, wo ausgedehnte, starke Schwellungen und Oedeme der Extremitäten nachzuweisen waren, sahen wir uns genötigt grössere Entspannungsschnitte anzulegen, um für den Blutkreislauf der Extremität nach der Exstirpation des Aneurysmas möglichst günstige Bedingungen zu schaffen.

Auf Grund dieser Erfahrungen, und mich auf die bekannten Tatsachen aus den vorhergehenden Kriegen stützend, habe ich in meiner in Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie Bd. 77 veröffentlichten Arbeit die Ansicht vertreten, dass „die Gefässverletzungen, welche durch das moderne Mantelgeschoss verursacht werden und nicht eine profuse Blutung aus der Schusswunde zur Folge haben, keinen operativen Eingriff auf dem Schlachtfelde erfordern". Diese Ansicht möchte ich auch jetzt für diejenigen Schussverletzungen der Gefässe aufrechterhalten, die eine kleine Ein- und Ausschusswunde besitzen, und nicht entweder mit einem ausgedehnten Bluterguss in die Weichteile, mit Fraktur eines benachbarten Knochens, mit einer kommunizierenden Verletzung eines inneren Organs, mit Steckenbleiben der Kugel oder mit anderen schon oben erwähnten Umständen kompliziert sind. Die Arbeiten von Brentano[5]), Kikuzi[6]), Saigo[7]) in denen im Ganzen über 128 Fälle von Gefässverletzungen berichtet wird, sind durchaus geeignet, eine gewisse Berechtigung der von mir vertretenen Ansicht zu bestätigen.

Dagegen weist Zoege von Manteuffel in seiner im Archiv für klin. Chirurgie Bd. 81 veröffentlichten Arbeit diese von mir und Brentano ausgesprochene Forderung „aufs Energischste und Entschiedenste zurück", indem er den Satz aufstellt: „Die Gefässverletzungen sind auf dem Hauptverbandplatz resp. den ersten in einigen Stunden zu erreichenden Etappenlazaretten zu operieren, d. h. doppelt zu unterbinden". Warum? Weil erstens in einem Teil der Fälle Infektion, Gangrän und Nachblutung droht, und ferner weil man am ersten Tage es den Verwundungen nicht ansehen könne, ob es im gegebenen Fall auf dem Transport zu Nachblutung oder Gangrän kommen wird oder nicht. Einen ähnlichen Standpunkt, wie Zoege-Manteuffel nimmt v. Oettingen ein. (Studien auf dem Gebiete des Kriegs-Sanitätswesens im russisch-japanischen Kriege 1907). Die Berechtigung dieser Forderung für die Fälle von Gefässverletzungen mit Komplikationen, also für diejenigen, die ich vorher in der zweiten Gruppe zusammengefasst hatte, muss ich ohne Weiteres anerkennen. Es gehören hierher demnach die Verletzungen durch Schrapnell oder Granatsplitter, wo entweder grössere Schusswunden bestehen oder die Ausschusswunde fehlt (Fernschüsse, Ricochett und Nahschüsse), ferner gehören hierher Schüsse mit ausgedehnten Zerstörungen der Weichteile, mit diffusen Blutergüssen, mit Splitterung der benachbarten Knochen, mit Verletzung der benachbarten inneren Organe. In allen solchen Fällen müssen wir eine Infektion, Nachblutung ja sogar die Gangrän befürchten, und daher eine möglichst frühzeitige Unterbindung des verletzten Gefässes verlangen.

Wenn wir die von Zoege v. Manteuffel veröffentlichten Krankengeschichten durchsehen, so finden wir die Bestätigung dafür, dass gerade diese Komplikationen zur Nachblutung, Infektion und Gangrän führen. Es befinden sich nämlich unter den Fällen von Zoege v. Manteuffel:

Nahschüsse	2. (Fall 3 und 19).
Verletzungen mit steckengebliebener Kugel	5. (F. 8, 10, 11, 16, 20).
Verletzungen durch Schrapnell	2. (F. 5, 22).
Ausschusswunde von der Grösse 1 cm. im Durchmesser	1. (F. 9).
Querschläger	1. (F. 15).
Mit einem Kotabszess kommunizierend	1. (F. 17).
Diffuse Schwellung	1. (F. 7).
Nähere Umstände unbekannt (ob Kugel? Schrapnell?)	1. (F. 4).
	14 Fälle.

Die übrigen 9 Fälle waren unkompliziert und unterscheiden sich nicht von denjenigen, die in den Reservelazaretten zur Beobachtung gekommen waren.

Aus dem bisher bekannt gewordenen Material geht jedenfalls klar hervor, dass bei Weitem die grösste Zahl der Gefässverletzungen, die den Verwundeten nicht zwingen auf dem Schlachtfelde zu verbluten, zur ersten Gruppe gehört, wo die Komplikationen fehlen. Der kleinere Teil der Gefässschüsse wird von solchen Verletzungen gebildet, die von Komplikationen begleitet sind. Dass die Zeichen dieser Komplikationen von einem geübten Kriegschirurgen auf dem Verbandplatze erkannt werden können, scheint mir nach Allem, was bisher in dieser Beziehung publiziert worden ist, nicht mehr fraglich zu sein. Irrtümer und Fehldiagnosen, die ja immer vorkommen können, müssen als Ausnahmen betrachtet werden und können bei der Entscheidung der prinzipiellen Frage nicht ins Gewicht fallen.

Eine Frage von prinzipieller Bedeutung ist es aber, ob wir in den nächsten Kriegen die Verbandplätze und die Etappenlazarette mit Operationen belasten sollen, die nicht dringend indiziert sind.

[5]) Brentano. Archiv. für klin. Chirurgie Bd. 80. H. 2.
[6]) Kikuzi. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 50. H. 1.
[7]) Saigo. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 85.

*) Arch. für klin. Chirurgie. Bd. 79.

Schäfer[8]) sagt in seiner Arbeit: „wenn man sich russischerseits bei der operativen Tätigkeit auf den Verbandplätzen im allgemeinen so grosse Zurückhaltung auferlegt hat, so ist es zum Teil wohl auf eine dahingehende Direktive zurückzuführen, die von der russischen Heeresleitung ausgegeben war, und sich unseres Erachtens als durchaus zweckmässig erwiesen hat". Ich muss Schäfer darin vollständig beistimmen und halte nur diejenigen Operationen auf dem Hauptverbandplatze und in den Etappenlazaretten für statthaft, die unbedingt erforderlich sind. Unbedingt erforderlich ist aber die Frühoperation nur in einem verhältnissmässig kleinen Prozentsatz der Gefässverletzungen. Diese Verletzungen haben, wie wir gesehen haben, ihr klinisches Bild, ihre Zeichen. Die Kunst eines Kriegschirurgen muss jetzt darin bestehen, diese Fälle in der grossen Zahl der ohne Komplikationen verlaufenden zu erkennen und sie herauszugreifen, nicht aber die Verbandplätze mit Operationen zu überhäufen, die nicht streng indiziert sind.

Man muss doch dabei die Tatsache nicht ausser Acht lassen, dass die Unterbindungen der grossen Gefässe unter Umständen doch zu den technisch sehr schwierigen Operationen gehören können, wobei in der Eile und Aufregung, mit der die Tätigkeit in der Nähe eines Schlachtfeldes verbunden ist, leicht ein Unglück passieren kann.

Man muss nicht vergessen, dass die Asepsis vorne bisher immer eine recht mangelhafte gewesen ist, und wahrscheinlich auch in der Zukunft immer noch Vieles wird zu wünschen übrig lassen. Man muss endlich die Tatsache im Auge behalten, dass auch nach einer frühzeitigen Unterbindung Gangrän und Nachblutungen vorkommen können. Hildebrandt, Zoege v. Manteuffel berichten über solche Fälle; ich selbst habe einen derartigen Fall in meinem Hospital beobachtet.

Ich zweifle nicht, dass, wenn geübte Chirurgen auf den Hauptverbandplätzen jede Gefässverletzung sofort unterbinden, die betreffenden Patienten dabei auch gut fahren. Ich frage jedoch: ist es notwendig? Und diese Notwendigkeit liegt meiner Ansicht nach nicht vor. Sie ist auch durch das Material von Zoege v. Manteuffel nicht erwiesen, daher will ich auch die Verantwortung für die Folgen nicht übernehmen, die aus der Forderung entstehen können, dass eine jede Gefässverletzung sofort auf dem Verbandplatze operiert werden soll.

Ich bin im Gegenteil der Ansicht, dass wir Aerzte verpflichtet sind, die uns bekannt gewordene, eigenartige Beschaffenheit der modernen Schussverletzungen zu Gunsten unsrer Patienten auszunutzen, und nicht gewaltsam einzugreifen, wo die Natur sich selbt hilft. Dagegen sollen wir aber wohl diejenigen Verletzungen kennzeichnen und erkennen lernen, die nach unsrer Erfahrung eine Lebensgefahr für den Verwundeten involvieren, falls die Frühoperation verabsäumt wird. Solche Fälle können und müssen von erfahrenen Chirurgen auf den Hauptverbandplätzen an ihren Symptomen an der Hand einer aufmerksamen Untersuchung erkannt und sofort operiert werden. Zu solchen Verwundungen gehören auch die Gefässschüsse mit Komplikationen.

In zweifelhaften Fällen können die Verwundeten mit Gefässverletzungen vor schweren Nebenerscheinungen und vor Lebensgefahr durch immobilisierende Schienenverbände und durch einen rationell geleiteten Transport geschützt werden.

Referate.

A. Albu: Ueber Mastdarmneuralgie. Berliner klin. Wochenschr. 1907. Nr. 51.

Albu hatte in den letzten Jahren Gelegenheit 5 Fälle dieser seltenen Erkrankung zu beobachten, die sich in Schmerzen im Mastdarm, After und Umgebung äussert. Die Schmerzen sind zuweilen äusserst quälend und strahlen in das Gesäss, den Steiss, Damm und zuweilen auch in die Oberschenkel aus. Es handelt sich um eine Neuralgie der nervi haemorrhoidales medius und inferior. Eine Neuritis ist auszuschliessen, wahrscheinlich liegt nur «ein funktioneller Reizzustand» der betreffenden Nerven vor. Das heisst mit anderen Worten: wir wissen nichts von dem Wesen der Krankheit. Leider führt Albu keine einzige Krankengeschichte an, hingegen bringt er 2 Krankengeschichten, die eine Mastdarmneuralgie hätten vortäuschen können. In dem einen Falle handelte es sich um ein Prostatacarcinom, in dem anderen um «crises anales» eines Tabikers. Albu betont, dass die Diagnose «Mastdarmneuralgie» nur per exclusionem zu stellen ist, d. h. wenn alle organischen Erkrankungen des Mastdarms und seiner Umgebung ausgeschaltet werden können. Die Therapie ist eine rein symptomatische: Kompressen, heisse Sitzbäder, Dampf- und heisse Wasserdouchen, Bougies — zwecks Dehnung der Nerven, — schmerzstillende Mittel per rectum, subcutan, oder per os.

Fr. Dörbeck.

A. Albu: Der gegenwärtige Stand der Cholelithiasistherapie. „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung". 1908. Nr. 3.

Nach Erörterung der Entstehung der Gallensteine, deren Ursache, wie Naunyn nachgewiesen, in einer Cholangitis zu suchen ist, bespricht Albu in diesem «Fortbildungsvortrag» die Therapie. Mittel, die intern verabreicht, die Gallensteine auflösen könnten, giebt es nicht. Die Chirurgie scheint mehr leisten zu können als die innere Medizin, aber auch der chirurgische Eingrift schützt nicht vor Recidiven. Entfernung der Gallenblase ist irrationell, weil dadurch der Organismus eines Schutzmittels beraubt wird. Bei etwaiger Neubildung von Steinen kommt der Kranke ohne Gallenblase in grössere Gefahr als der normale Mensch. Die Cholecystostomie ist der Cholecystectomie vorzuziehen. Für den chirurgischen Eingriff stellt Verf. 3 Indikationen auf: 1) chronischer Verschluss des Choledochus, 2) Empyem der Gallenblase, 3) vollständige Erfolglosigkeit der internen Therapie. Das Hauptmittel der inneren Medizin bilden die Mineralwasser. Durch Anregung der Darmperistaltik rufen sie auch eine Beschleunigung des Gallenabflusses hervor, wodurch die Gallenwege gründlich durchgespült werden. Das Wasser muss warm und auf nüchternen Magen getrunken werden. Das Gehen nach dem Trinken ist irrationell, im Gegenteil — der Gallensteinkranke bedarf der Ruhe. Gründliche Entleerung des Darmkanals und zweckmässige Diät sind weitere Erfordernisse einer rationellen Therapie. Als zweckmässigste Kost empfiehlt A. die gemischte Kost mit Beschränkung des Fettes und Bevorzugung der Vegetabilien.

Fr. Dörbeck.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 19. September 1907.

Anwesend 41 Mitglieder. als Gäste die DDr. Sarfels, Walter und Biehler.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Hampeln ein Präparat von Pseudo-Tuberkelbazillen über welch seltenen Befund er auf der nächsten Sitzung sprechen und noch andere Präparate zeigen will.

Punkt I. Dr. Bornhaupt demonstriert einen Mann, den er wegen eines Abdominaltumors operiert hat, es handelt sich um einen Coecaltumor und zwar nach Dr. Schabert Gallertkrebs.

Gestatten Sie mir, m. H., dass ich Ihnen zunächst hier einen Patienten vorstelle, von dem ich durch eine Darmresektion diesen Tumor gewonnen habe, den ich Ihnen später

demonstrieren möchte. Der Patient, 32 Jahre alt, kam 24. Mai 1907 in meine Behandlung und klagte über Schmerzen im Leibe, die seit ca. 6 Monaten beständen. Seit 2—3 Monaten habe sich sein Zustand bedeutend verschlimmert, sein Appetit sei geschwunden er selbst habe stark abgenommen, fühle sich schwach und elend und sei daher arbeitsunfähig. Der Patient ist ein Beamter der Rig.-Orel. Eisenbahn und hat eine Kanzleiarbeit zu verrichten. Bei der objektiven Untersuchung erwies es sich, dass bei einem deutlich anämischen Aussehen und einer beträchtlichen Abmagerung ein Tumor in der rechten Hälfte des Abdomens unter der Leber zu konstatieren war. Diese Geschwulst, von der Grösse eines Kindkopfes, war nach allen Richtungen hin frei verschieblich, nur konnte man den Tumor nicht weit nach unten hinunterziehen. Von der Leber liess sich der Tumor deutlich abtrennen. Bei der Palpation fühlte sich der Tumor weich, fast fluktuierend an und wurde erst in der Tiefe der Bauchhöhle härter. Man hatte den Eindruck, als liege eine Darmschlinge über dem Tumor; vorübergehend konnte man auch an eine Gallenblase denken, nur sprach die leichte Verschiebbarkeit der Geschwulst eher für die Angehörigkeit derselben dem Darm oder dem Mesenterium. Bei der Laparotomie, die am 2. Juni 1907 ausgeführt wurde, stellte es sich heraus, dass es sich um einen Tumor des Coecums handelte, der hauptsächlich den Mesenterialausatz des Coecums befallen, die vordere Peripherie dagegen zum Teil freigelassen hatte.

In der Umgebung des Tumors bestanden ausgedehnte Verwachsungen mit dem Colon ascendens und der Flexura hepatica, wodurch es sich auch erklären lässt, dass man den Tumor nicht nach unten hinunterziehen konnte. Die benachbarten Mesenterialdrüsen waren vergrössert, fühlten sich aber nicht auffallend hart an. Sowohl das ganze Bild, als auch die Lymphdrüsen erweckten eher den Eindruck eines entzündlichen Prozesses, da auch der Tumor sich nicht besonders hart anfühlte. Es war die Frage während der Operation schwer zu beantworten, ob es sich um Tuberkulose oder um ein Karzinom handelte. Ich bin so vorgegangen, als hätte man es mit einem bösartigen Tumor zu tun, und habe die Geschwulst in toto mit dem adhär. Darm, mit den Mesenteriallymphdrüsen, die sich nach oben bis zum Pankreas hinzogen, und mit dem Peritoneum parietale der hinteren Bauchwand entfernt. Ich musste daher 40 Cent. Darm, und zwar ein Stück Dünndarm, das Coecum, Colon ascendens und die Flexura hepatica bis ungefähr zur Mitte des Colon transversum resezieren. Beide Darmenden habe ich blind vernäht und darauf eine Enterostomose zwischen Dünndarm und Colon tranversum angelegt. Da ich den Defekt im Peritoneum parietale der hinteren Bauchwand nicht decken konnte und da der Pankreaskopf an einer Stelle entblösst in der Wunde vorlag, habe ich an dieser Stelle einen Tampon eingeführt, die übrige Wunde aber vernäht. Der Verlauf war ein glatter. Der Patient hat am 19. Juli das Diakonissenhaus verlassen, hat in den folgenden Wochen zu 8 und 6 Pfd. zugenommen und ist jetzt, wie Sie sehen, vollständig gesund und arbeitsfähig. Der Tumor, den Sie hier sehen, gehört in der Hauptsache dem Coecum und teilweise dem Colon ascendens an. Bei der pathologisch anatomischen und mikroskopischen Untersuchung, die von Dr. A. Schabert angestellt worden ist, erwies sich der Tumor als ein Gallertkrebs, und meint Dr. Schabert, dass man nicht viel Freude an dieser Operation erleben wird. Der Gallertkrebs erscheint jedoch nach Ansicht einiger Autoren nicht gerade zu den bösartigsten Karzinomen zu gehören, und scheint mir auch in diesem Falle das klinische Bild für eine gewisse mildere Form zu sprechen, die sich darin dokumentiert, dass der Tumor lokal wohl grosse Dimensionen angenommen, die Lymphdrüsen aber verhältnismässig sehr wenig befallen hat. Gerade das Gegenteil sehen wir bei den anderen Formen von Darmkrebs, wo ein verhältnismässig kleiner, ringförmiger Tumor weit zerstreute Metastasen in den Lymphdrüsen macht und dadurch sehr bald inoperabel wird. Ohne mir jetzt schon ein Urteil in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs in diesem Fall erlauben zu wollen, möchte ich im Allgemeinen sagen, dass der Gallertkrebs des Darms bei einer radikalen operativen Behandlung günstigere Chancen für die rezidivfreie Heilung bieten dürfte, als die anderen Formen von Darmkrebs, die frühzeitig zerstreute Lymphdrüsenmetastasen machen. Dass die Differentialdiagnose zwischen dem Karzinom des Coecums und einem entzündlichen Tumor, namentlich Tuberkulose, sogar während der Operation eine sehr schwierige sein kann, beweist nicht nur mein Fall, sondern auch der Umstand, dass so grossen Chirurgen, wie Czerny, Kocher, Billroth, Koerte, Kroenlein Verwechslungen in dieser Beziehung passiert sind. (Deutsche Chirurgie, Lieferung 46 c.).

(Fortsetzung folgt).

Kleine Mitteilungen und therapeutische Notizen.

— Cotarnin-phtalat als uterines Haemostaticum. Von Dr. Hensel, New-York. (The Medical Fortnightly, I. Januar 1908).

H. verordnete das Styptol bei Dysmenorrhoe mit bestem Erfolge. Er weist darauf hin, das mit der Styptolmedikation 14 Tage vor Eintritt der Menses zu beginnen ist (3 mal täglich 1 Tablette), bei Eintritt der Blutungen wird die Dosis verdoppelt. Bei engem Cervikalkanal ist eine vorhergehende Erweiterung angezeigt. Besonders ist das Styptol dann zu empfehlen, wenn ein Curettement oder überhaupt eine Untersuchung verweigert wird; auch bei sonstigen pathologischen Blutungen, die keine Radikalbehandlung zulassen, ist das Styptol als gutes Palliativum anzusehen.

— Martinet (Presse méd. Dezember 1907) redet der Kombination salzarmer Diät und zeitweiser diuretischer Medikamentation in der Behandlung der Bright'schen Krankheit das Wort. Digitalis, Koffein und Diuretin heben nicht nur die Diurese an sich, sondern ganz besonders die Ausscheidung der Chloride. Die theoretischen Bedenken einzelner Autoren (die direkten Diuretica möchten das Nierenepithel reizen und die ursprüngliche Läsion verschlimmern) haben keine Berechtigung: denn die klinische Beobachtung verzeichnet keine Fälle nachweislicher Schädigung eines chronischen Nephritikers durch rationelle Verwendung jener Drogen. Martinet empfiehlt die Verabreichung in Form bewährter Kombinationen, wie

Rp. Solut. Digitalini crystalis . 1:1000 . .	gtts L
Diuretini	4,0
Aq. menth. pip.	40,0
Aq. dest. ad.	120,0

M. D. S. 2 Tage hintereinander zu nehmen, am ersten und zweiten 3, am dritten 2 Esslöffel.

Bock (Pharmakol. Institut Kopenhagen) Archiv für exp. Path. und Pharm. 3/4 H. 1908) fand, dass durch die Diuretindiurese bei Kaninchen eine bedeutende Vermehrung der Phosphorsäureausscheidung hervorgerufen wird. Diese Vermehrung erscheint schon dann, wenn die Diurese erst in geringem Grade zugenommen hat. Der Verf. kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Urteil, dass die Ansicht Loewis die Phosphorsäure befinde sich normalerweise im Blute nicht in echter Lösung, sondern in kolloider Bindung, nicht zutreffend sei.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Sein 50-jähriges Doktorjubiläum beging am 2./15. Mai der berühmte Bonner Ophthalmologe, Prof. emer. Dr. Theodor Saemisch. Der Jubilar, welcher im 75. Lebensjahre steht, war 45 Jahre an der Universität Bonn, anfangs als Privatdozent, dann als Professor und Direktor der Augenklinik tätig. Erst zu Ostern 1907 trat er in den Ruhestand. Von seinen zahlreichen Werken heben wir hier nur sein «Handbuch der gesamten Augenheilkunde» hervor, dessen I. Auflage er gemeinschaftlich mit A. Graefe (1874—80) bearbeitete, dessen II. Auflage er seit 1898 aber allein herausgiebt.

— Zum Kurator des Odessaer Lehrbezirks ist der Kliniker der Odessaer Universität. Prof. Dr. Alexander Schtscherbakow, ernannt worden. Der neue Kurator, der 50 Jahre alt ist, war längere Zeit Professor der speziellen Pathologie und Therapie an der Warschauer Universität und wurde vor ungefähr einem Jahr, als in Odessa der Zwiespalt unter den Professoren der medizinischen Fakultät ausgebrochen war, auf den entsprechenden Lehrstuhl der Odessaer Universität übergeführt.

— In der Jahresversammlung der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit wurde in geheimer Abstimmung zum Präsidenten der Gesellschaft mit 166 gegen 26 Stimmen der bisherige Präses der Sektion für Schul-Hygiene, Privatdozent Dr. Woldemar Hubert, gewählt. Die Versammlung sprach dem bisherigen Präsidenten Prof. Dr. A. J. Danilewski, welcher das Präsidium wegen Zeitmangels niedergelegt hat, für seine fruchtbringende und energische Tätigkeit ihren Dank aus.

— Der Direktor der von der Weiblichen Patriotischen Gesellschaft unterhaltenen Schule auf den Namen S. Kaiserlichen Hoheit des Tronfolgers und Grossfürsten Alexei Nikolajewitsch, Dr. W. v. Fick, ist als Direktor an die Schule zum Andenken an den Zesarewitsch und Grossfürsten Nikolai Alexandrowitsch derselben Gesellschaft übergeführt worden.

— Der ältere Arzt der Gardeequipage und Schiffsarzt der Kaiserlichen Yacht «Poljarnaja Swesda», Staatsrat Dr. Sergei Lentowski ist zum Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, unter Belassung in den von ihm bekleideten Stellungen.

— Im Laufe des Jahres 1908 vollenden sich 25 Jahre der Tätigkeit im Lehrfache von drei Professoren der militär-medizinischen Akademie, und zwar von Prof. S. N. Delizyn — am 4. Juni, von Prof. S. Schidlowski — am 29. November und von Prof. L. Belljarminow — am 18. Dezember. Der erstgenannte bekleidet den Lehrstuhl der operativen Chirurgie, der zweite — den Lehrstuhl der Hygiene und Medizinalpolizei und der letztgenannte — den Lehrstuhl der Augenheilkunde.

— Die Gouvernements-Medizinalinspektoren: von Simbirsk, wirkl. Staatsrat Dr. Antajew und von Astrachan, Staatsrat Dr. Bellert wurden einer an die Stelle des anderen versetzt.

— Der ausserordentliche Professor der Syphilidologie und Dermatologie an der Universität Tomsk Staatsrat Dr. Alex. Lindström, ist zur Disposition des Ober-Militärmedizinalinspektors gestellt worden, unter Belassung in seinem gegenwärtigen Amte.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 29. April in Arensburg (auf der Insel Oesel) der dortige Stadtarzt Dr. Richard Meywald im eben vollendeten 43. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war am 18. April 1865 zu Arensburg geboren, wo er auch das Gymnasium absolvierte, um sich dann dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität zu widmen, an welcher er von 1888—93 studierte. Nach Erlangung des Arztgrades daselbst, liess er sich im Dezember 1893 als praktischer Arzt und Badearzt in seiner Vaterstadt Arensburg nieder, wo er bald eine geachtete Stellung einnahm und verschiedene ärztliche und nichtärztliche Aemter bekleidete. So war er seit dem Jahre 1898 Arzt am Arensburger Stadtarmenhause, seit 1891 auch an der orthodoxen Nikolaischule, ausserdem fungierte er seit 1902 als Lehrer und Präsident des Kuratoriums an der Arensburger Seemannsschule und als Stadtrat in der Kommunalverwaltung. Der Verstorbene ist auch literärisch tätig gewesen in Schriften über den Kurort Arensburg und speziell über die Schlammbehandlung in der dortigen Weiseschen Badeanstalt, an welcher er viele Jahre tätig war. 2) Am 21. April zu Riga der Arzt des I. Bezirks der Riga-Oreler Eisenbahn Dr. Johann Schostak plötzlich im Alter von 50 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1885 praktizierte, war anfangs Eisenbahnarzt der Riga-Oreler Eisenbahn in Rosslawl, von wo er vor 5 Jahren in derselben Eigenschaft nach Riga übergeführt wurde. 3) In Menja (Gouv. Warschau) der Arzt am dortigen St. Joseph-Hospital Dr. Stanislaus Wolfram im 52. Lebensjahre nach mehr als 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) Am 11. April in Kiew der Landschaftsarzt Dr. Georg Mankowski im 34. Lebensjahre am Flecktyphus, mit dem er sich als Leiter des Tscherkassyschen Landschaftshospitals infiziert hatte. Nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1902 war M. einige Zeit Militärarzt im Tschernigowschen Infanterieregiment. 5) In Mentone der berühmte französische Pathologe Prof. Dr. Cornil im 71. Lebensjahre. Der Verstorbene hat mit den deutschen Fachgenossen stets in engster Verbindung gestanden; zu Virchows 80. Geburtstage war er persönlich erschienen um ihn als Vertreter der französischen Aerzte zu begrüssen. Nach Erlangung der Doktorwürde in Paris i. J. 1864 fungierte er dort anfangs als Arzt am Hôpital de Loureine, wurde dann 1882 Professor der Histologie und 1884 Mitglied der Akademie der Medizin in Paris. Seit 1884 war er Chefredakteur des «Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie» und wurde in dieser Eigenschaft der erste Vorsitzende und später Ehrenpräsident der Internationalen Vereinigung der medizinischen Fachpresse. Seine wissenschaftlichen Arbeiten umfassten nicht nur die pathologische Anatomie und Histologie, sondern auch hygienische Forschungen. Am bekanntesten ist sein Handbuch der pathologischen Histologie, das er mit Prof. Ranvier gemeinschaftlich herausgab. Zu erwähnen wäre noch, dass Cornil i. J. 1870 kurze Zeit auch Präfekt seines heimatlichen Departements war.

Standesangelegenheiten.

— Das Priestertum des Arztes. Der bekannte Wiener Gynäkologe Prof. Dr. Chrobak, welcher, wie wir vor kurzem berichteten, wegen Erreichung der für die österreichischen Universitätslehrer- obligatorischen Altersgrenze von der Leitung der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik zurücktrat, hat in seiner Abschiedsrede an seine Kollegen und seine Hörer beherzigenswerte Worte gesprochen, die in unserer Zeit der materiellen Verflachung der Ideale verdienen, beachtet zu werden. «Von allen Seiten», sagte der scheidende Professor, «drohen unserem Stande Gefahren verschiedener Natur. Die Tatsache, dass viele bloss des Broterwerbes wegen Medizin studieren, hat es mit sich gebracht, dass sie dann mit ihrem Berufe nicht zufrieden sind. Nur das Bewusstsein der erfüllten Pflicht kann sie über die Enttäuschungen und Entbehrungen unseres Berufes hinüberbringen. Der ärztliche Beruf ist wahres Priestertum, er ist ein heiliger Beruf und diese Auffassung desselben wird Ihnen jenes beseligende Gefühl bringen, das ich habe und das ich Ihnen wünsche. Für den Arzt soll nur der Grundsatz bestehen: Liebe deinen Nächsten! Er soll segensreich wirken für das Volkswohl und die Volkserziehung».

— Der frühere Landschaftsarzt des Wesjegonskischen Kreises (Gouv. Twer) Dr. Alexander Tairow ist für Veranstaltung von Bauernversammlungen und Verbreitung illegaler Literatur von dem Moskauer Gerichtshof zur Einreihung in die Arrestantenkompagnie auf 2 Jahre, unter Anrechnung der von ihm in Untersuchungshaft verbüssten 11 Monate, verurteilt worden.

— Der Moskauer Stadthauptmann hat den Landschaftsarzt Dr. Jelenewski dafür, dass im vorigen Jahre in seiner Wohnung das Bezirkskomitee der revolutionären Partei verhaftet wurde, auf administrativem Wege mit 500 Rbl. bestraft. Das Kreislandschaftsamt, bei welchem Dr. J. dient, hat den Stadthauptmann um Erleichterung der Strafe gebeten, da die auferlegte Strafe die Hälfte der Gage des Arztes ausmacht.

— Im Grjasowezschen Kreise (Gouv. Wologda) haben von den fünf in diesem Kreise angestellten Landschaftsärzten vier ihren Abschied eingereicht, nachdem der ganze Bestand des Landschaftsamtes abgesetzt und durch vom Gouverneur ernannte Personen besetzt worden ist. Dabei herrscht in diesem Kreise eine Pockenepidemie. Da infolge des Rücktritts von 4 Aerzten grosser Mangel an ärztlicher Hülfe in diesem Kreise sich fühlbar macht, so hat die Gouvernementslandschaft zur Bekämpfung der Epidemie eine Epidemie-Abteilung dorthin gesandt.

— Im hiesigen weiblichen medizinischen Institut hat am 1. Mai eine Haussuchung stattgefunden. Die Polizei untersuchte hauptsächlich die Bibliothek und die Schränke der Hörerinnen. Alle Broschüren wurden registriert, einige auch beschlagnahmt.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Die Gesellschaft der Augenärzte in Moskau hat bei den Vorstandswahlen für das laufende Vereinsjahr zum Präses — Prof. Dr. A. Krjukow, zum Vizepräses — Dr. S. Lashetschnikow, Chefarzt des Augenhospitals, und zum Kassierer Dr. W. Strachow wiedergewählt. Zu Sekretären wurden Dr. A. Bjelski und Dr. N. Chodin gewählt.

— Am 1. Mai fand hier die konstituierende Versammlung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheit unter dem Vorsitz des Gynäkologen Prof. N. Ratschinski statt, welcher darauf hinwies, dass Petersburg gegen Moskau zurückgeblieben sei, da es dort schon ein privates Institut für Krebsforschung gebe. Zum Ehrenpräsidenten der Versammlung wurde dann der anwesende Moskauer Professor Dr. Snegirew gewählt. Die Teilnahme an den Bestrebungen der Gesellschaft scheint eine recht lebhafte zu sein, da bereits gegen 600 Personen ihren Beitritt angemeldet haben sollen und gegen 500 Personen an der ersten Versammlung teilgenommen haben.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Eröffnung der Badesaison in Pjatigorsk fand am 1. Mai statt. Die angereisten kranken Hebräer wurden von der Polizei ausgewiesen, da Hebräern der Aufenthalt an diesen Heilquellen in dieser Saison nicht gestattet ist.

— Die Verzögerung des von der Stadt Petersburg beschlossenen Baues des Hospitals auf den Namen Peters des Grossen sowie des Tuberkulosehospitals kam in einer der letzten Sitzungen der Stadtduma zur Sprache, wobei sich erwies, dass die Bauprojekte im Baukomitee des Ministeriums des Innern und beim Stadthauptmann liegen und das Stadthaupt vergeblich den Stadthauptmann um Beschleunigung der Bestätigung der Projekte ersucht hat. Die Duma beschloss, in dieser Angelegenheit den Klageweg zu beschreiten.

— Ein neues Quarantäne-Lazarett für 4000 Personen wird in Sinope erbaut werden. Zur Bestimmung des Bauplatzes begab sich am 2. Mai dorthin eine Kommission des internationalen Sanitätskonseils, zu der ein englischer und ein türkischer Arzt sowie als russischer Delegierter Dr. Ernst Walter, Arzt an der Russischen Botschaft in Konstantinopel und Vertreter Russlands im Conseil Superieur de Santé, gehören.

— Der kürzlich verstorbene Moskauer Millionär Tretjakow hat fast sein ganzes Vermögen für wohltätige Zwecke bestimmt. Unter anderem erhalten die Moskauer Kliniken 600,000 Rbl. und die Krankenhäuser 500,000 Rbl.

— Der Nishni-Nowgorodsche Krösus Rukawischnikow hat zur Errichtung einer Wasserheilanstalt in Nishni-Nowgorod ein Kapital im Betrage von 100,000 Rbl. und eine Landparzelle gespendet.

— Den Erreger des acuten Gelenkrheumatismus will Prof. Beattie aus Sheffield entdeckt haben. Der betreffende Mikrobe soll zu der Gruppe der Streptokokken gehören und bei den geimpften Tieren nur auf der Synovialhaut in den Gelenken, nicht aber im Blut oder in den Ausscheidungen der Gelenke sich finden. Wie Prof. B. in der mediko-chirurgischen Gesellschaft in Sheffield mitgeteilt hat, ist es ihm gelungen, durch Einimpfung jenes Keims bei Kaninchen eine dem beim Menschen auftretenden Gelenkrheumatismus ähnliche Krankheit zu erzeugen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. April d. J. 11162 (1062 wen. als in der Vorwoche), darunter 1255 Typhus — (18 wen.), 738 Syphilis — (88 wen.), 185 Scharlach — (26 wen.), 167 Diphtherie — (21 wen.), 102 Masern — (11 wen.), und 96 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 6. bis zum 12. April d. J. im ganzen 1177, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 43, Febris recurrens 9, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 70, Scharlach 13, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 8, Kroupöse Lungenentzündung 45, Erysipelas 4, Grippe 13, Katarrhalische Lungenentzündung 175, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 326, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 15, Tuberkulose der Lungen 142, Tuberkulose anderer Organe 38, Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 69, Marasmus senilis 39, Krankheiten des Verdauungskanals 123, Totgeborene 46.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 16. Sept. 1908.

Anmeldungen von Vorträgen erbeten!

Diejenigen Mitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht sich zur Erlangung eines solchen an den Präses zu wenden.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22. Sept. 1908.

Bad Salzbrunn

Mittelschlesien, Waldenburger Gebirge.

Heilkräftig bei:
Katarrhen der Atmungsorgane (Nase, Hals, Kehlkopf, Bronchien, Lunge)
Emphysem, Asthma
Verdauungsorgane
Harnwege
Gicht — Diabetes

Alkalische Quellen.
Oberbrunnen.
Gebirgsluft — Gurgelhallen
Inhalationen
Pneumatisches Kabinett
Bäder (Mineral- u. kohlens.)
Hydrotherapie. — Massage.
Medico-mechanisch Institut.
Chem.-bakter. Laboratorium.
Milch- u. Molkenkur-Anstalt.

Prospekte: Fürstl. Brunnen- u. Badedirektion und Büros von Rudolf Mosse.
Brunnenversand: Firma Gustav Strieboll.

(71) 3—2.

Sanatorium Schömberg

Württenberger Schwarzwald.

HEILANSTALT

für Lungenkranke.

Klimat. Kurort bei Wildbad. Sommer und Winterkuren.
Leit. Arzt: Dr. KOCH. Prospekte durch die Direktion.



(77) 10—2

ФОРМАМИНТЪ БАУЭРЪ

(FORMAMINT BAUER)

Новый препаратъ фирмы Бауэръ и К°, Берлинъ S. W. 48. Соединеніе формальдегида съ молочнымъ сахаромъ, имѣется въ продажѣ въ видѣ таблетокъ по 50 шт. въ склянкѣ. o o o o

Употребляется вмѣсто полосканія

ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНІЯ ЗѢВА И ПОЛОСТИ РТА

при различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ (Ангина, Стоматитъ и т. п.) а также и

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХЪ ЦѢЛЕЙ.

Таблетки дѣйствуютъ путемъ медленнаго растворенія во рту. Пріемъ: 1—2 таблетокъ каждый часъ. Литературу и пробы Гг. врачамъ безплатно.

Главное Представительство Санатогена Бауэръ

С.-Петербургъ, Больш. Конюшенная, 29.

BAD KISSINGEN.

Hofrat Dr. **Leusser's Sanatorium** „Villa Thea“
für **Magen-, Darm-, Herz-, Nerven- und Stoffwechselkranke.**
April—November.
Prospekte durch den Besitzer Hofrat Dr. *Leusser.*

(47) 10—4.

BAD KREUZNACH

Saison 1. Mai—30. Sept.

Stark radioaktive Jod-, Brom- und Lithionhaltige Heilquellen. Alle modernen Heilmittel und perfekte sanitäre Einrichtungen.

Radiumgewinnung.

Indikationen: Frauen- und Kinderkrankheiten, Skrofulose, Rachitis, Hautkrankheiten, Herzkrankheiten, Gicht u. Rheumatismus.

Versand von Kreuznacher Mutterlauge.
Prospekte durch die Kurdirektion gratis und franko.

SPHYGMOMANOMETER
n. Riva-Rocci in bester und vollkommenster Ausführung R. 16.60.
(Armschlauch 4,5 cm. breit).

SPHYGMOMANOMETER
n. Riva-Rocci, mit Armschlauch n. v. Recklinghausen R. 25.—
(14 cm. breit mit Schutzblech und verbesserter Klemme).

SPHYGMOGRAPHEN
aller Art präzis und billig feinmech. Werkstätte:

Hch. Diel, Leipzig, Albertstr.
Lieferant staatl. und städtischer Institute.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

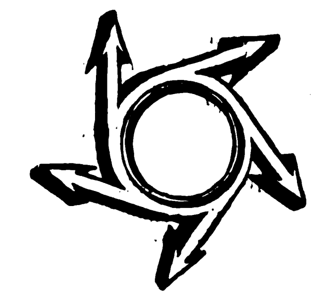
Gertrud Gensz, Казанская ул., д 11, кв. 20.

LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

(44) 26—7

Marke  **„Pfeilring".**

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

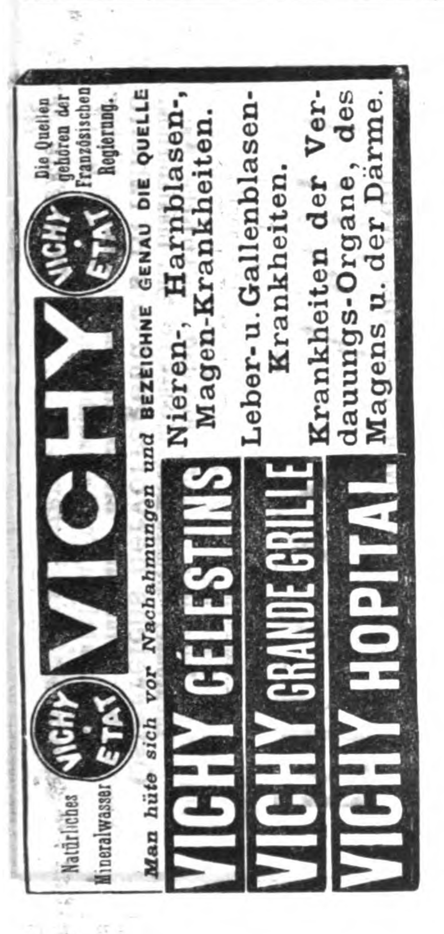
Charlottenburg.

Kissingen Dr. C. Dapper's

* Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für **Magen-** und **Darmkrankheiten, Fettsucht** (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle), **Diabetes, Gicht, Herz-** und **Nierenkrankheiten, Neurasthenie; Mastkuren; Elektro-** und **Hydrotherapie** in allen Formen. **April — Dezember.** Prospekte.

Dr. C. Dapper Kgl. Preuss. Professor Kgl. Bayr. Hofrat. — Dr. E. Jürgensen. (67) 14—5.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gescn. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des **„Pertussin"** war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die **drei mit Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel,** Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) —43.



Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. **Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.**

XXXIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

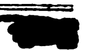
Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **R. Wanach** in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 20 St. Petersburg, den 17. (30. Mai). **1908.**

Dieser № liegt № 4 u. 5 der «**Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften**» bei. 

Ein Schwitzapparat mit Ventilationsvorrichtung [1].

Von

Dr. Walther Hollmann. Dorpat.

Eine Erhöhung der den Körper umgebenden Aussentemperatur auf 33° C. und darüber (bis 50°) bedingt Schweissabsonderung durch die Haut, welche — durch Verdunstung — eine gesteigerte Wärmeabfuhr besorgt (Landois). Die Verdunstung nimmt entsprechend ab, je grösser der Feuchtigkeitsgehalt der Luft ist, — die Wärmeabgabe muss jetzt durch Leitung oder Strahlung besorgt werden (Rubner).

Letzteres gilt namentlich für den Fall, dass der ganze Körper einer gleichmässigen Erwärmung ausgesetzt wird. Anders gestaltet es sich, wenn der Kopf an der Erwärmung des übrigen Körpers nicht teil nimmt: bei Sättigung der diesen umschliessenden heissen Luft mit Feuchtigkeit sistiert die Verdunstung des die Körperhaut bedeckenden Schweisswassers, die Wärmeabgabe des überheizten Körpers stockt und es muss die Kopfhaut vicarierend eintreten: eine übermässige Schweissabsonderung stellt sich von hier aus ein.

So gestaltet sich der Schwitzakt in dem durch Prof. Dehio eingeführten Schwitzbett, dessen, möglichst luftdicht nach aussen abgeschlossener, Schwitzraum eine Sackgasse darstellt, in welche die mit feuchten Verbrennungsgasen reichlich versehene heisse Luft wohl Zugang, die abgekühlte feuchte Luft keinen, oder doch nur einen sehr ungenügenden Abzug findet. Dank diesem Umstande stellt sich schon sehr bald lebhaftes Schwitzen der Gesichts- und Kopfhaut ein, was vom Schwitzenden mehr als lästig empfunden wird. Weiter heizen hiesse jetzt nur das subjektive Unbehagen steigern ohne eigentlichen Effekt: die verhältnismässig geringe Perspirationsfläche — Gesichts- und Kopfhaut — kann für die ganze Körperoberfläche ja doch nicht vicarierend eintreten.

Um nun den Schwitzakt ohne subjektive Beschwerden beliebig lange ausdehnen zu können, habe ich das Dehio'sche Schwitzbett mit einer selbsttätig wirkenden Abzugsvorrichtung versehen, welche den Zweck hat, die abgekühlte, mit Feuchtigkeit gesättigte bodenständige Luft aus dem Schwitzraume abzusaugen. Die dadurch bedingte beständige Zirkulation im Schwitzraume sorgt für gleichmässigere Verteilung des zugeführten Wärmestromes und teilweise Entwässerung der verbrauchten Luft.

Wie aus Fig. 1 ersichtlich, ruht der rechtwinkelig gebogene Heizschornstein auf einem Holzgerüst, welches mit einem ausziehbaren eisernen Reifengestell (Fig. 2) in Verbindung gebracht ist, in derselben Art, wie die von Hilzinger-Stuttgart in den Handel gebrachten Apparate. Der horizontale Abschnitt des Heizrohres ist mit einer gitterartigen Verkleidung aus Holz [2]) versehen. Die Heizung geschieht vermittelst einer Spiri-

[1]) Demonstriert auf der Sitzung der Dorpater Medizinischen Gesellschaft vom 22. Febr. 1908.

[2]) Als Verkleidungsmaterial habe ich unter hohem Druck dreifach zusammengeleimte Furnierplatten gewählt, wegen ihrer grossen Haltbarkeit und ihres geringen Gewichtes. Eine Versengung kann wegen der relativ niedrigen Temperaturen, die zum Schwitzen nötig sind, nicht eintreten.

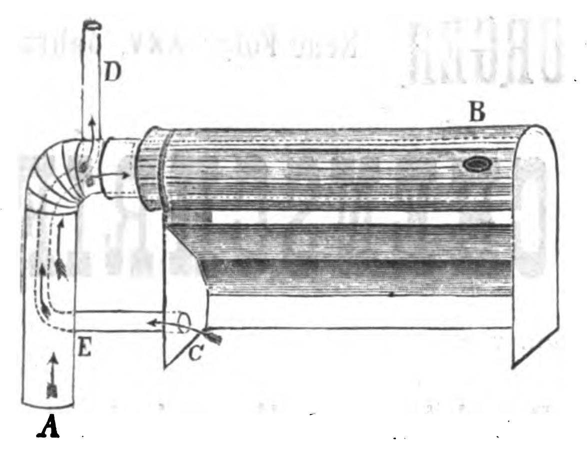


Fig. 1.

tuslampe oder eines Bunsenbrenners von A aus: die heisse Luft strömt nun in der Richtung der Pfeile um durch die Oeffnung B in den Schwitzraum einzutreten. Bodenständig, in diagonaler Lage zu B ist in der Seitenwand des Stützgerüstes eine Oeffnung (C) vorgesehen, von welcher aus das Rohr CE mit einem anderen, im aufsteigenden Schenkel des Schornsteines befindlichen (auf der Zeichnung durch punktierte Linien angedeuteten) in Verbindung tritt. Die im letzteren enthaltene Luft erfährt durch die Erhitzung eine Abnahme ihres spezifischen Gewichtes, entweicht durch den Aufsatz D und saugt die bodenständige verbrauchte Luft aus dem Schwitzraume durch C nach aussen.

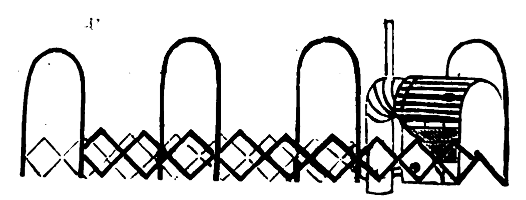


Fig. 2.

Der komplette Apparat wiegt ca. 17½ Pfund, er ist leicht zu handhaben und sein Anschaffungspreis ist ein geringer.

Referate.

A. Albu: Diaetkuren. Fortbildungsvortrag. Deutsche Med. Wochenschr. 1907, 50.

Es werden kursorisch die zu bestimmten therapeutischen Zwecken nach einem gewissen Schema aufgestellten Diätkuren besprochen. Die Anwendung einer jeden Diätkur muss genau individualisiert werden, so besonders die Uebererernährung, zu der die verschiedensten Indikationen vorliegen (Phthisis pulmonum, Neurasthenie, Splanchnoptose etc.). Auf die absolute Höhe der Nahrungsmenge kommt es in vielen Fällen gar nicht an, auch lassen sich keine bestimmten Normen für die Körpergewichtszunahme aufstellen. Gemischte Nahrung eignet sich am besten zur Mastkur. Atonie des Magens und Gastroptose eignen sich wohl zur Anwendung der Uebererernährung, nur muss die geeignete Darreichungsform der Nahrungsmittel gewählt werden. (flüssige, breiige Nahrung). — Bei der Unterernährung kommen die verschiedenen Entfettungs- resp. Entziehungskuren in Betracht. Die zweckmässigste Entfettungskur ist diejenige, bei der der Eiweissbestand des Organismus nicht leidet. Daher darf bei einer Entfettungskur die tägliche Eiweisszufuhr nicht weniger als 120 Gramm betragen, dagegen muss die Menge der N-freien Nahrungsmittel eingeschränkt werden. Sehr geeignet als Entfettungskur ist eine rationelle vegetarische Diät, der gelegentlich auch Fleisch und Fisch zugelegt werden kann. — Die Anwendung der vegetarischen Diät bei der Gicht beruht auf der experimentell erwiesenen Tatsache, dass die Harnsäurebildung im Organismus durch die nukleinarme und alkalireiche Pflanzenkost am wenigsten angeregt wird. Auch wird das Hungergefühl der Gichtischen durch die grossen Mengen der Nahrung, die aber an resorptionsfähigen Kohlehydraten arm ist, leicht gestillt. Dasselbe gilt für die Diabetiker. Auch zur Behandlung der Arteriosklerose, Neurasthenie, Neuralgieen, Epilepsie, einiger Hautkrankheiten, Neurosen des Intestinaltractus u. a. eignet sich die vegetarische Diät. Bei Diabetes muss die Diät stets durch systematische Stoffwechseluntersuchungen kontrolliert werden. Bei der Behandlung von Nieren- und Herzerkrankungen mit Kompensationsstörungen legt Albu mehr Gewicht auf die Entziehung des Kochsalzes als auf die Flüssigkeitsentziehung. Er beruft sich hierbei auf die Arbeiten der französischen Forscher (Widal und Juval, Claude und Mauté u. a.), die den Nachweis lieferten, dass durch salzarme Kost Oedeme und Aszitesflüssigkeit zum Schwinden gebracht werden kann. Auch bei der Behandlung der Epilepsie hat die Anwendung salzarmer Kost Erfolge aufzuweisen.

Fr. Dörbeck.

A. Albu: Inwieweit lässt sich der Aufenthalt an der See für die Behandlung von Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten verwerten. „Medizinische Klinik". 1907. Nr. 44.

Viele Patienten, die an chronischen Magen- und Darmerkrankungen, an Gicht oder Diabetes leiden, können nach Ansicht des Verfassers ebenso gut in Seebadeorten bei gleichzeitiger Anwendung einer Trinkkur behandelt werden, wie in solchen Kurorten wie Karlsbad, Kissingen, Homburg, Marienbad u. a. Besonders geeignet findet der Verf. den Aufenthalt an der See für magen- und darmkranke Neurastheniker, weil sie hier ruhiger leben können als in solchen stark besuchten Kurorten wie die oben genannten. Mit Recht weist Verf. darauf hin, dass viele chronische Magen- und Darmkranke mehr der Ruhe als der Bewegung bedürfen; auch sein Protest gegen das traditionelle unmotivierte Laufen nach dem Brunnentrinken ist freudig zu begrüssen, beruht doch diese bei Badeärzten beliebte Verordnung im Grunde genommen nur auf einem ritus majorum und entbehrt sie doch jeder wissenschaftlichen Begründung. Auf die Tatsache, dass die Mineralwässer, unmittelbar aus der Quelle geschöpft, andere biochemische Eigenschaften besitzen als in den Flaschenabzügen, wird vom Verf. zwar hingewiesen, doch wird inbezug auf die therapeutische Verwendung der Wässer di sem Umstand keine weitgehende Bedeutung beigelegt. Allerdings sind ja auch die Untersuchungen über die Dynamik der Salzlösungen, die Dissociationsvorgänge, die Radioaktivität und die physikalisch-chemischen Eigenschaften der Mineralwässer noch zu neu und teilweise nicht genügend fundiert, als dass sie in der Praxis verwertet werden könnten. — Mit Recht betont Albu, dass wichtiger als die Brunnenkur die diätetische Behandlung der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten ist und dass diese eigentlich überall, also auch in Seebadeorten durchgeführt werden kann, wofern eine geeignete Küche, Pension oder dgl. besteht. Ungeeignet für die Behandlung an der See erklärt A. die an habitueller atonischer Obstipation Leidenden und die Fettleibigen, die man lieber in die Berge schickt, wo sie durch anstrengendes Gehen ihre Muskeln mehr üben und durch gesteigerten Stoffumsatz eher eine Fetteinschmelzung erzielen können. — Wenn aber Magen- und Darmkranke in Seebadeorte geschickt werden können, so ist damit noch nicht gesagt, dass sie dort kalte Seebäder gebrauchen sollen. Weder diese Kranken, noch Gichtische dürfen kalt baden, — und wohl auch die Diabetiker nicht, wie wir hinzufügen würden, obwohl Albu sie ausnimmt — vielmehr eignen sich für diese Patienten nur warme Seebäder in einer Anstalt.

Fr. Dörbeck.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Grundriss und Atlas der Speziellen Chirurgie von Prof. Dr. Georg Sultan. I. Teil. Mit 40 farbigen Tafeln und 218 Abb. München J. F. Lehmanns Verlag. 1907. Lehmanns Medizin. Handatlanten Bd. XXXVI.

Der erste Teil des Werkes, das im Winter 1907 zum Abschluss kommen sollte, bildet eine würdige Fortsetzung der genügend bekannten Lehmannschen Handatlanten. Verf. stellt sich die Aufgabe den in den Lehrbüchern für spezielle Chi-

rurgie behandelten Stoff in möglichst knapper Form, die aber «doch alles wesentliche enthielte», zu bearbeiten und liefert, unterstützt von den Malern Schmitson und Branne, eine ganze Reihe sehr gut gelungener, naturgetreuer, auch farbiger Abbildungen, die eine schnelle Orientierung ermöglichen.

Der erste Band behandelt die Chirurgie des Kopfes, des Halses, des Thorax mit seinen Eingeweiden und der Wirbelsäule. Sowohl Studierenden als auch dem praktischen Arzt sollte dieses elegant ausgestattete Werk warm empfohlen werden.

Klöpfer.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 19. September 1907.

(Schluss.)

Ferner wollte ich Ihnen M. H. eine Patientin hier vorstellen, die ich vor 2 Tagen persönlich gesprochen habe, und die ihr Erscheinen hier mir wohl zugesagt hatte, leider aber nicht anwesend ist.

Es handelt sich um eine 42-jährige, kräftige, recht dicke Frau, die bis zum Tage ihrer Erkrankung vollständig gesund gewesen ist. Sie hatte früher mehrere Mal normal geboren und hatte bisher gearbeitet, indem sie ihrem Mann in einem Laden beim Verkaufe behilflich war. Sie hatte nie geraucht und keinen Alkohol getrunken.

Am 19. Juni 1907 ist sie plötzlich ohne jegliche Ursache um 8 Uhr morgens mit heftigen Schmerzen im Epigastrium erkrankt. Ein Diätfehler lag nicht vor. Es trat bald Erbrechen und Stuldrang auf, jedoch erfolgte kein Stuhl und es gingen keine Winde ab. Bis zum Abend steigerten sich die Schmerzen derartig, dass die Patientin um 10 Uhr abends ins Diakonissenhaus gebracht wurde. Die Pat. machte einen schwerkranken Eindruck; halonierte Augen und eine rauhe, trockene Zunge liessen eine ernste Erkrankung vermuten. Der Puls war dabei 92 befriedigend, Temperatur normal. Der Leib mässig aufgetrieben, in den unteren Partien weich und garnicht druckempfindlich. Dagegen bestanden im Epigastrium unerträgliche Schmerzen und jegliche Berührung wurde sehr unangenehm empfunden. Der rechte Musculus rectus abdominis war unter dem Rippenbogen stärker gespannt, als der linke. Sonst war im Abdomen nichts zu fühlen. Nach einer hohen Oeleingiessung erfolgte ein spärlicher harter Stuhl, keine Winde; die Pat. verspürte darnach gar keine Erleichterung. Die Schmerzen steigerten sich hingegen derartig, dass die Pat. gerne in eine Operation einwilligte. Die Harnuntersuchung ergab eine deutliche Reaktion auf Zucker. Da man in diesem Fall trotz der bestehenden Ileussymptome alle Formen von Darmokklusion und Obturation ebenso wie eine Perforationsperitonitis nach dem klinischen Bilde ausschliessen konnte, so war man genötigt bei einer fetten, 42jährigen Frau an eine akute Pankreatitis zu denken; die positive Reaktion des Harns auf Zucker machte diese Diagnose noch wahrscheinlicher. Die Patientin wurde am selben Abend unter dieser Diagnose operiert. Schnitt in der linea alba vom proc. ensiformis bis zum Nabel. Die Gallenwege sind frei von Steinen, die Gallenblase vollständig normal. An der hinteren Bauchwand fühlte man einen derben Tumor, der dem Pankreaskopf entsprach; der Schwanz des Pankreas fühlte sich weich an. Beim Vordringen durch das omentum minus zur hinteren Bauchwand strömt von hinten in grosser Menge hämorrhagisch-seröse Flüssigkeit, die aufgetupft wird. Das peritoneum der hinteren Bauchwand wird hier stumpf durchtrennt, die serös-hämorrhagische Flüssigkeit abgetupft und auf das freigelegte Pankreas ein Tampon draufgelegt. Darauf wird das Netz, das colon transversum und der Magen nach oben geschlagen, an der radix mesenterii die untere Peripherie des Pancreaskopfes dadurch freigelegt, dass das Peritoneum der hinteren Bauchwand stumpf durchtrennt wird. An dieser Stelle befinden sich zerstreute, weisse stearinartige, runde Flecken-Fettgewebsnekrosen in der Umgebung des Pankreaskopfes und in der radix mesenterii, auch von hier strömt in grosser Menge die hämorrhagische seröse Flüssigkeit entgegen. An dieser Stelle wird ein zweiter Tampon eingeführt und durch das mesocolon nach aussen geleitet. Jetzt fühlt sich auch die Umgebung des Pankreaskopfes weich an, so dass eine vollständige Entspannung im retroperitonealen Gewebe eingetreten war. Sehr bald wurde vom Chloroformator gemeldet, dass der Puls sich auffallend gebessert habe, er sei langsamer und voller geworden. Die Bauchwunde wurde vernäht. Der Puls blieb auch nach der Operation unter 90. Die Schmerzen waren vollständig geschwunden und sind nie mehr aufgetreten. Der Verlauf war ein vollständig glatter. Am 8. August 1907 wurde die Pat. mit einer verheilten Wunde nach Hause entlassen, und ist jetzt gesund und arbeitsfähig.

Dieser Fall zeigt uns, wie wichtig es ist, sich nicht mit der Diagnose Ileus zu begnügen, sondern in jedem Fall bestrebt zu sein, den Sitz des Darmverschlusses zu bestimmen. Nur auf diesem Wege kann man zur Diagnose der akuten Pankreatitis gelangen.

Nur eine frühzeitig gestellte Diagnose giebt die Möglichkeit, durch einen operativen Eingriff das Fortschreiten des entzündlichen Prozesses zu verhindern und dadurch das Leben des Patienten zu retten.

Die Operation hat hier den Zweck, die Flüssigkeit, die sich in der Umgebung des Pankreas angesammelt hat, hinauszuleiten und dadurch eine Entspannung im retroperitonealen Gewebe zu erzielen. Diese Entspannung bewirkt einmal, dass der Prozess in der Drüse selbst zum Stillstand kommt und nicht fortschreitet, und zweitens, dass das Aufsaugen von Giftstoffen aufhört. Je grösser die Spannung, desto grössere Menge an Giftstoffen wird dem Organismus zugeführt, woran er schliesslich zu Grunde gehen muss. Auch die Aenderung des Pulses nach der Entspannung im retroperitonealen Gewebe könnte als ein Zeichen dafür angeführt werden, dass die Vergiftung des Organismus darnach nicht mehr andauert. Man kann also eine akute Pankreatitis unter gewissen Umständen mit grosser Wahrscheinlichkeit gleich im Anfang der Erkrankung diagnostizieren, und wenn man sie vermutet, so soll man sofort operieren, um das Leben des Patienten zu retten.

Dr. P. Klemm demonstriert: a. Einen Operierten Fall von Basedow, der Schnitt nach Kocher (der sog. Kragenschnitt) macht so gut wie gar keine Entstellung, er wende keine Tamponade mehr an, dadurch sezerniert die Drüse nicht nach, mit der Quetschzange wird der Istmus abgeklemmt, und nur für ca. 24 Stunden ein kl. Drain zum Blutabfluss eingelegt, am 3 resp. 4 Tag Entfernung der Nähte, am 8. Tage sei Pat. entlassen worden. Er habe jetzt 32 oper. Fälle, über die er noch bei Gelegenheit sprechen werde.

b. Einen Knaben bei dem durch einen Hufhieb eine kompl. Fraktur des Schädels eingetreten war und wo es galt den recht grossen Defekt des Schädeldaches plastisch zu decken, bei der Präparation des Knochenstückes zu diesem Zwecke löste sich dasselbe aus dem Zusammenhang von Periost und Hautlappen, nichtsdestoweniger habe er dieses freie Knochenstück transplantiert und ist es fest eingewachsen.

c. Ein Kind, das durch Verbrennungen schwere Kontrakturen der Hand, Ellbogengelenk, Schulter davongetragen, auch seine Unterlippe verloren hatte. Hier gelang es durch vielfache Plastiken ein schönes Resultat zu erreichen, so dass das Resultat ein gutes Funktionieren des Armes und der Hand ist, auch eine neue Unterlippe erzielte gutes kosmetisches Resultat.

(Demonstration von Photogrammen vor der Operation und des Kindes).

Dr. Sokolowsky hebt hervor, dass alle seine Fälle von Basedow, die operiert werden einen sehr zufriedenstellenden Erfolg gehabt haben, möchte die Diskussion über diese Frage aber auf die Zeit des von Dr. P. Klemm angekündigten Vortrages verschieben.

Punkt II. Dr. Kraunhals hält seinen Vortrag über die zur Beobachtung gelangten Rekurrensfälle dieses Jahres.

Dr. Kraunhals macht die Mitteilung, dass seit dem Mai d. J. sich wiederum Fälle von Rekurrens in Riga gezeigt hätten. Die letzte grössere Epidemie sei vor 23 Jahren beobachtet worden, seitdem ist Riga von dem Rückfallsfieber verschont geblieben, während dasselbe in Moskau und Petersburg zu den epidemischen Krankheiten gehöre. Bis zum 19. September sind in seiner Abteilung des Stadtkrankenhauses 41 Fälle (27 Männer, 14 Weiber) aufgenommen worden, wovon 25 genesen entlassen wurden, 2 verstarben und 14 zum heutigen Tage verblieben. Die Spirillen konnten in allen Fällen mit Leichtigkeit nachgewiesen werden. Ref. geht sodann auf die Symptomatologie und Diagnose der Erkrankung ein und bezeichnet, abgesehen vom Blutbefunde, als diagnostisch verdachterregend: plötzliche Erkrankung ohne Schüttelfrost, Schmerzhaftigkeit der Milz und Lebergegend, Erbrechen, Ikterus, Fehlen der Diazo-Reaktion.

Wegen Unzuverlässigkeit der Angaben konnte die Zahl der Anfälle nicht immer sicher eruirt werden. Meist scheint es sich (wenigstens bis jetzt) um zwei Anfälle gehandelt zu haben.

Vortragender hat eine Reihe von therapeutischen Versuchen angestellt und zwar mit Atoxyl, mit Atoxyl und Chinin, sowie mit Chinin allein. Dieselben sind anscheinend vollkommen negativ ausgefallen, die Zahl der erfolgreichen Behandlungen ist bis jetzt zu gering, als dass sie nicht vielleicht nur dem Zufall zuzuschreiben ist. Ref. stellt weitere Versuche in Aussicht und behält sich vor hierüber gelegentlich noch näher zu berichten.

Die beiden Todesfälle betrafen 1) einen alten Mann der ikterisch unter den Erscheinungen einer septischen Erkrankung aufgenommen wurde, mit geringen Temperaturen und bei dem die zur Feststellung einer etwaigen Leukozytose unternommene Blutuntersuchung mehr zufällig Spirillen ergab — der Exitus erfolgte nach 2 Tagen, die Sektion ergab einen ganz negativen Befund.

2. Eine ca. 65-jährige Frau, welche nach dem zweiten Anfall am 8. fieberfreien Tage plötzlich kollabierte und starb. Es fand sich eine klinisch vollkommen latent verlaufene anscheinend fibrinöse Pneumonie.

Dr. Hampeln hebt hervor, dass um die Manigfaltigkeit der Komplikationen bei Rekurrens zu demonstrieren, die in diesem Jahre beobachteten Fälle eine zu geringe sei, je grösser die Zahl desto leichter sei auch die Bestimmung des betreffenden Anfalles ob erster, zweiter resp. dritter. Bei der grossen Epidemie vor 30 Jahren sei z. B. eine auffallend häufige Anzahl von Unterschenkelödemen zur Beobachtung gekommen, als Ausdruck der Schwäche sei dieses nicht gut möglich zu erklären, da die Erkrankung im Vergleiche zum Typhus abd. und anderen Erkrankungen eine kurz dauernde und die Schwäche fast nie hochgradig ausgeprägt sei. Es müssten hier andere Momente mitspielen eventuell Wirkung der Toxine auf die Gefässe. Namentlich gross aber sei früher die komplizierende Pneumonie und Haemoptoe von seiten der Respirationswege gewesen. Die anatomische Diagnose bei den letalen Fällen sei die fibrinöse Pneumonie gewesen, ob es aber eine Pneumokokken-Infektion gewesen sei nicht sicher, ebenso gut könne sie anderen Ursprungs sein. (Rekurrenspneumonie).

Dr. Bertels, der die Sektion des einen in diesem Jahre letal verlaufenen Falles gemacht, giebt an, es haben sich sowohl im Ausstrichspräparat als auch im Exsudat des Pericards Gramm — negative Diplokokken, keine Fränkelschen gefunden. Kulturversuche seien leider nicht gemacht worden.

Dr. Krannhals: Oedeme der Unterschenkel seien von ihm nicht beobachtet. Nasenbluten, haem. Sputum aber wohl und in einer Reihe von Fällen wie hervorgehoben Petechien.

Dr. Th. Schwartz. Auf die Gefahren der Atoxylbehandlung hinweisend, er berührt dabei die Arbeit von Dr. v. Krüdener über die Erblindung durch Atoxyl, meint er diese üblen Folgen auf die Zusammensetzung und schwere Dosierbarkeit des Mittels zurückführen zu können, er schlägt vor, statt dessen ein genau dosierbares Präparat zu verwenden und zwar acid. arsenicici in 1 pCt. Lösung, wobei man mit ganz geringen Dosen anfangen und allmählich steigern kann.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Sitzung vom 3. Oktober 1907.

Anwesend 76 Mitglieder, als Gäste die DDr. Biehler, Brennson, Walter, Mende, Sarfels, Maximowitsch.

Die Protokolle der Sitzungen vom 5. und 19. September werden verlesen und angenommen.

Punkt I der Tagesordnung: Dr. Hampeln. Ueber Tuberkelbazillen ähnliche säurefeste Bazillen im Harnsedimente (Eigenbericht).

Zu dem von ihm ausgestellten Präparate bemerkt H., dass das tinktorielle Verfahren nach den Angaben von Kymmel, Casper u. a. zur Unterscheidung der echten von unechten Tuberkelbazillen nicht ausreiche, da auch letztere in vielen Fällen allen entfärbenden Agentien widerstehen. Grösseres Gewicht werde darum, besonders von Casper, auf die morphologischen Unterschiede gelegt. Dieses erwies sich auch in seinen 2 Fällen des laufenden Jahres als ausreichend zur differentiellen Diagnose.

In einem dieser eine 45-jährige Frau betreffenden Fall lag seit ½ Jahr mässige Albuminurie mit spärlichen Zylindern bei sonst qualitativ und quantitativ normalem Verhalten des Harnes vor. In früheren Jahren bestanden wiederholt fieberhafte Lungenspitzenaffektionen. Am Zirkulationsapparat keine Veränderung. Anfang Dezember 1906 stellte sich Hämaturie ein und bestand, mit Unterbrechung von einigen Tagen bis zum 25. Januar 1907. Wiederholt mässige Temperatursteigerung, im Anschluss an die Periode wie in früheren Jahren allgemeine Urticaria, flüchtige, rasch vergehende Schwellung der Lippen besonders, Wangen und Augenlieder. Dann trockener Husten und Rasseln im linken Oberlappen. Ein schwer zu deutendes Krankheitsbild. Tuberkulose überhaupt und der Nieren? Chronische Nephritis mit Haematurie? Angioneurotische Haematurie, Urticaria und angion. Oedem? Influenza? (Hausinfektion). Erst in den letzten Lebenstagen traten Erscheinungen auf, die, aber mehr p. excl. als direkt, den Verdacht der Schrumpfniere und Urämie erregten; leichte, vorübergehende Benommenheit, Atemnot, Kopfschmerz, Anfälle von Herzjagen und Herzschwäche. Wiederholte Harnuntersuchungen ergaben ausser der Blutbeimengung keine Veränderung des Befundes, nie verdächtige Bazillen. Nach einem cystokopisch verdächtigen Befunde wurde in den letzten Lebenstagen der in gewöhnlicher Weise aufgefangene Harn in eine andere Untersuchungsstation geschickt. Von dort kam die Nachricht, dass der Harn «reichlich Tuberkelbazillen» enthalte. Der Tod erfolgte am 9. Februar 1907; Die infolge der fraglichen Natur des Falles gestattete Sektion ergab genuine Schrumpfniere, keine Tub. Das mir später freundlichst zugestellte Präparat konnte im ersten Moment wohl den Eindruck eines Tb.-präparates machen. Rotgefärbte Stäbchen in vereinzelten Gruppen. Genau ebenso verhielt sich das 2. von mir selber hergestellte und nach Ziehl-Neelsen gefärbte Präparat. Es rührt von einem 15-jährigen übrigens anscheinend gesunden jungen Mädchen her, das ihm nur einmal von der Mutter in der Sprechstunde vorgestellt wurde. Der Harn des Kindes hätte nach überstandenen Masern im Kinderkrankenhaus Eiweiss und Zylinder enthalten. Vor Jahren Scharlach. In der von der Mutter mitgebrachten Harnprobe fand sich eitriges Sediment mit entsprechender Albuminurie. Keine Zylinder. Einige Erythrozyten. Das Trockenpräparat wies nun neben einer reichen Kokkenflora ebensolche Häufchen säurefester roter Bazillen auf, wie im I. Präparat. Weiterer Verlauf unbekannt.

Zum Vergleich hiermit habe er zwei echte Tuberkelbazillenpräparate aus dem Harnsedimente aufgestellt, ein 5 Jahre altes und das andere aus diesem Jahre; dieses rührt von einer jungen Dame her, die in München wegen einer tuberkulösen Coxitis, ich glaube vor 1 Jahr, operiert worden ist. Schon dort hatte sich Eiterharn eingestellt mit, wie Pat. angiebt, wiederholt und stets negativem Bazillenbefunde. Positiv fiel dieser erst in Libau bei einer Untersuchung durch Dr. B. aus. In dem hier ausgestellten eigenen Präparat fanden sich, allerdings nach längerem Suchen einzelne anscheinend charakteristische Tuberkelstäbchen und Stäbchengruppen.

Mit diesen echten Tuberkelbazillen haben nun jene demonstrierten unechten eigentlich nur die Farbe gemein, aber diese erscheinen schon im ersten Präparate nicht so weinrot, wie bei TB., sondern ins Violette schimmernd. Um Gruppenbildung und zwar schwer zu findende hingegen handelte es sich in diesen Fällen ebenso wie bei TB. Am auffallendsten und differentiell diagnostisch darum hauptsächlich entscheidend war der Grössen- und Formenunterschied der Bazillen der einen und anderen Art. In den beiden Fällen unechter Tbazillen handelt es sich um kurze rel. plumpe Stäbchen von ¼—⅓ der Tbazillenlänge. Es fehlte gänzlich der bei diesen so häufige körnige Zerfall der Stäbchen und endlich fiel die grosse Zahl der zu einer Gruppe vereinigten Bazilen, gegen 50, sowie ihre Einlagerung in ein strukturloses, von Eiterkörperchen freies Feld.

Trotz fehlender Alkohol-Entfärbung, die ja auch nur im positiven Falle und nicht im negativen entscheidend ist, in seinem Falle übrigens absichtlich unterlassen wurde, um das seiner Erfahrung nach seltene und darum leicht irreführende Präparat demonstrieren zu können, konnte in diesen Fällen auf Grund allein des morphologischen Verhaltens die differentielle Diagnose mit Ausschluss der Tub. gestellt werden. Dass andere, auch säurefeste Bazillen, sich wieder anders und den Tbazillen wirklich zum Verwechseln ähnlich verhalten können, dart dabei natürlich nicht ausser Acht gelassen werden.

In der Diskussion spricht sich Dr. Poorten abermals dahin aus, dass das gleichzeitige Vorkommen anderer Baz. im Präparate falls es sich nicht um Katheterharn handelt durch Verunreinigungen zu erklären möglich sei, hierauf entgegnet Dr. Hampeln, dass der Punkt auf den es in dieser Streitfrage ankommt, seiner Meinung nach auch dieses Mal von Dr. P. unberücksichtigt geblieben ist, nämlich die sorgfältige Reinigung der Harnröhrenmündung und vulva unmittelbar vor der Harnentleerung, die Benutzung eines reinen Glases zur Uebersendung des Harnes, endlich die rasche Inangriffnahme der Untersuchung. Beobachtet man diese Regeln, wie H. es seit Jahren tut, so könne man seiner

Meinung nach auf zuverlässige Ergebnisse der Untersuchung auch ohne Katheterismus rechnen, der in der Privatpraxis doch oft unausführbar ist. Beobachtet man die Regeln nicht, so scheine auch der Katheterismus vor Täuschungen nicht zu schützen, beobachtet man sie, so halte er wenigstens in gewöhnlichen Fällen den Blasenkatheterismus für entbehrlich. Die Forderung eines Katheterismus in jedem Falle erscheine ihm übertrieben. In den von Dr. P. beanstandeten Fällen einer Streptokokkurie neben Tbazillen, wie H. es zweimal beobachtet hat, halte er eine Verunreinigung für ausgeschlossen, da die Patienten, in beiden Fällen Knaben, den Harn in der Sprechstunde und in ein reines Glas entleert hatten.

Punkt II. Dr. P. Klemm: Demonstration eines operierten Falles eines Ileocoecaltumors, es handelt sich um eine Tuberkulose, der kleinen 11-jährigen auch vorgestellten Pat. geh es gut.

Punkt III. Dr. Biehler über einen seltenen Leprafall mit Demonstration, im Anschluss daran spricht Dr. von Krüdener über Augenlepra.

Meine Herren! Erlaube mir Ihnen einen Leprakranken vorzustellen der in mancher Beziehung, und besonders differential-diagnostisch, gewisses Interesse darbietet. Der Fall ist schon dadurch auffallend, dass der Träger aus einem Milieu stammt, wo sonst Lepra sehr selten aufzutreten pflegt. — Der betreffende Kranke ist ein Deutscher, früher besserer Kaufmann und hat seinen Verkehr in sonst Lepra freien Kreisen. Er giebt an 1887 im Sommer in Majorenhof in einem Hause gewohnt zu haben, dessen Inhaberin notorisch leprös war, mit der er aber sonst gar keinen näheren Verkehr gehabt hat! — Später — 1901 — ist er mehrmals mit dem früher im Leprosorium verpflegten Schornsteinfegermeister Posner, geschäftlich zusammengekommen. — Objektiv bietet der Kranke interessante Symptome eines Nervenfalles von Lepra mit gleichzeitiger, recht seltener Lokalisation von tuberösen Erscheinungen. Der Patient zeigt rechts ein durch lepröse knotige Wucherung verändertes Auge, wie es sonst bei Nerven-Lepra sehr selten vorzukommen pflegt. Wenn wir nach der im Rigaschen Leprosorium angenommenen Nomenklatur den Fall rubrizieren wollen, so müssen wir sagen, dass es sich hier um Lepra Nervorum handelt, welche, später, durch Hinzutreten von tuberösen Erscheinungen eine Lepra mixta geworden ist. Ohne weiter auf die Literatur derartiger Fälle einzugehen, muss von vorn herein bemerkt werden, dass der Fall bemerkenswert ist durch die Masse von Lepra-Bazilen, die aus einem Geschabsel des Augen-Leproms nachzuweisen waren.

(Das Präparat wird demonstriert).

Anamnese: Patient, 58 Jahre alt, stammt aus Kurland hat 40 Jahre in Riga gelebt. Vor 15 Jahren hat er sich zuerst an einen Arzt gewandt, weil er eine Abtaubung in beiden Armen bemerkte. Er klagte auch über starkes Schwitzen der Hände und besonders der Füsse. 1901: Kältegefühl in Händen und Füssen, das Abtauben wurde stärker besonders an den Ulnar-Seiten beider Arme, Unbeweglichkeit des rechten Daumens und Abmagerung der Hände aufgefallen. Das Schwitzen der Hände und Füsse hört vollständig auf. Um diese Zeit haben ihn mehrere Aerzte gesehen. 1902 im Frühjahr — Fieber 2 Wochen. Ob ein Hautausschlag war, weiss er nicht anzugeben. Wurde nach Kemmern geschickt. — Nach Kemmern verschlechterten sich alle Symptome: ständiges Kältegefühl, Gefühllosigkeit und Kraftlosigkeit in Händen und Füssen. — 1902 — im Herbst, ist ihm im Stadtkrankenhause eine Halsdrüse operiert worden. Dazwischen ist Patient auch verschieden elektrisch behandelt worden. Bereits 1901 bemerkte ein Arzt, dass er das rechte Auge nicht gut schliessen könne. 1903 tritt Rötung und Tränenfluss auf beiden Augen auf. Von 1904 ist er, seiner Augen wegen, in ständiger Behandlung. Ende 1906 traten auf: eine Blase am rechten Daumen und eine Blase an der linken Sohle. — 1907 hat Dr. v. Krüdener worüber er auch berichten wird, von dem sich allmählich entwickelt habenden Knoten am rechten Auge ein mikroskopisches Präparat angefertigt und Diagnose auf Lepra gestellt. Zur Diagnose wurde auch Dr. Hirschberg hinzugezogen und auf seinen Rat ging der Patient ins Leprosorium.

Status: In die Augen springend ist der stapfende, hahnentrittähnliche Gang des Patienten. Die Hände in Krallenstellung. Schwund der interossei an beiden Händen, zwischen Daumen und Zeigefinger charakteristische Tabatiere, Thenar und Antithenar stark atrophisch, einzelne Finger zum Teil kontrahiert, keine Mutilationen — Vorderarm — Muskulatur, besonders links, ulnarseits atrophiert. Muskulatur an den Unterschenkeln — atrophisch. Hier treten auch Wadenkrämpfe auf. Wirbelsäule grade. Im Gesicht sind die Augenbrauen in ihrem äusseren Teil gelichtet, besonders über dem rechten Auge. Cilien stark gelichtet. Parese und Atrophie der Orbicularmuskeln, besonders stark am rechten Auge. Die rechte Lippe hängt tiefer als die linke, rechte Nasolabialfalte weniger tief als links.

Die Haut um das rechte Auge etwas erhaben, gerötet. Der Befund an der übrigen Haut zeigt keine Flecken bis auf das kleine Infiltrat um das Auge, denn auf ein solches weist schon der teilweise Schwund der Augenbrauen hin. Narben über den Tibialkanten, des Ellenbogens und an der linken Fusssohle. Circumscripte Anästhesie an der Haut und sonstige Hautatrophien waren nicht aufgefallen! Die Anhangsgebilde der Haut zeigten keine auffallenden Störungen. Von der Seite der Schleimhäute — eine Rhinitis und Pharyngitis. Befund an den Nerven: Die Untersuchung des nerv. opticus ist beeinträchtigt durch das Augen-Leprom, wird aber wahrscheinlich, wie bei Lepra, meist wenig verändert sein. Geruch, Gehör nicht auffallend tangiert. Trigeminus: im Gebiete des Stirnastes, über dem obenbeschriebenen Infiltrate Hypaesthesie, ebenso des Trigeminus II Hypaesthesie an den Wangen, unter Augen, an Nasenflügeln und Nasenfalten. Trigeminus III und der motorische Ast desselben — frei. — Nervus facialis: beiderseits paretisch, rechts ausgesprochener als links. Von den peripheren Nerven: Anaesthesie in den Gebieten der Auricul. magni hinter den Ohren und Kieferwinkel herum, — das Ulnaris-Gebiet, Peronaeus-Gebiet und weiter hinauf um den n. ischiadicus; auch die Hautäste der Tibiales antici und postici. Ausserdem besteht eine Parese des Peronaeus (der eigentümliche stapfende Gang). Patellarreflexe eher gesteigert. An den peripheren Sensibilitäts-Störungen. Die oberen Grenzen dissozieren so, dass die Wärme-Anaesthesie höher reicht als Schmerz-Anaestesien. Die tactile Anaesthesie reicht noch tiefer. Die Schmerz-Hypaesthesie steigert sich peripherwärts und in die Tiefe zur völligen Anaesthesie. Die peripheren Anaesthesien an den Extremitäten reichen ungefähr symmetrisch gleich hoch. — Hinzuzufügen ist noch die palpale Verdickung an den Ulnar-, Auricular- und Peronaeus-Nerven. Innere Organe soweit nachweislich — gesund. Im Urin nichts anormales. Bazillen nur aus dem Leprom des Auges. — Ueber den sonstigen Augenbefund wird Kollege von Krüdener das Nähere angeben.

Das Bild, wie es uns heute erscheint macht zumal bei Berücksichtigung des Bazillen-Befundes, keine Schwierigkeiten. Jetzt fragt sich: warum hat der Fall in der ersten Zeit so viel Schwierigkeiten gemacht, wie wir aus der Anamnese ersehen? Patient hatte sich seiner nervösen Erscheinungen wegen, selbstverständlich an die Nervenärzte gewandt und tatsächlich sind es die Nervensymptome gewesen, die ohne Begleiterscheinungen seitens der Haut Schwierigkeiten machen konnten, weil der Kranke viele Erscheinungen zeigte, die auch bei anderen Erkrankungen des Nervensystems in Betracht kommen könnten, sicher wird damals der Gedanke an Syringomyelie vorgeschwebt haben! Bei diesem Patienten sieht man, ausser einigen Abweichungen folgende Symptome, die für einen vorwiegend Nerven-Lepra Fall charakteristisch sind.

Das doppelseitige Ergriffensein des Facialis. Das nahezu gleiche Befallen der Hände und Füsse: Verdickung der Ulnares, Auricul. magn. und der Peronaei;

Trophische Erkrankung der Haut als Blasen am Daumen und an der Sohle, welch letzte eine anaesthetische, glatte Narbe nachgelassen;

Symmetrische Muskel-Atrophie im Gebiete der Hautanaesthesie; zuerst erkrankte die Ulnarseite; Störung der Schweisssecretion; Anhidrosis beschränkt ausschliesslich auf die Partien der Hauterkrankung;

Die Verteilung der Anaesthesie ist auffallend symmetrisch;

Symmetrische und systematisch fortschreitende Anaesthesie vom distalen Ende nach dem Centrum sowie nach der Tiefe allmählich abnehmend;

Scoliosis und s. g. Thorax enbateau nicht vorhanden;

Um das rechte Auge ein Infiltrat, Leprom am rechten Auge und typisches Infiltrat am linken Auge.

Angedeuteter Lagophtalmus;

Der Verlauf der Krankheit ist schubweise gewesen. — Etwas abweichend von einem Lepra Nervorum ist erstens: das vereinzelte Infiltrat um das rechte Auge, das eigentlich mehr als tuberöses Infiltrat aufzufassen ist; dann die typische tuberöse Infiltration der Augen, wie sie sonst im Verlauf der Lepra Nervorum nicht vorzukommen pflegte. Das sind die differential-diagnostische Momente zwischen Lepra tuberosa und Lepra Nervorum auf die der Herr Special-Kollege sicher noch zurückkommen wird. Während sonst der Verlauf der Nerven-Lepra folgender ist: erst oder gleichzeitig erkranken Haut und Nerven, an der Haut typische Flecken; allmählich treten dann später die tropho-neurotischen Störungen als Atrophien, Mal perforant, Mutilationen hinzu. Der Augapfel selbst erkrankt nur secundär durch mangelhaften Lidschluss; in seltenen Fällen gesellen sich dann tuberöse Erscheinungen hinzu. Hier in unserem Falle sind zuerst die Nerven erkrankt,

sehr frühzeitig trophische Störungen eingetreten. Flecken waren auffallenderweise nicht vorhanden und im Ganzen früh haben sich circumscripte tuberöse Erscheinungen au Haut und Augen eingestellt. Letztere Erscheinungen berechtigen diesen Fall unter die Gruppe der seltenen Fälle von Lepra mixta einzureihen.

Dr. M. Hirschberg demonstriert Moulagen.

I. — von einem Leprösen einen Fall von Phthisis bulbi, der von Dr. v. Hedenström entfernt wurde.

II. — 1 Fall von Sklerodaktylie der viel Aehnlichkeit mit Lepra hat, von letzterem Falle werden Röntgenogramme gezeigt.

Zu Fall 1 bemerkt Dr. v. Hedenström, dass er die Enucleation ausgeführt, weil das Auge Pat. zu sehr störte.

Dr. v. Hedenström: Ich habe recht viel Gelegenheit gehabt, mich mit der Lepra des Auges bekannt zu machen, da ich in ca. 7 Jahren die Augenerkrankungen im hiesigen Leprosorium, soweit sie specialistischer Hilfe bedürfen, behandele. Das Material ist ein recht grosses, wie viele Fälle es sind kann ich im Augenblick nicht angeben: die ständige Anzahl der Kranken schwankt zwischen 60—80, und Augenaffektionen bei Lepra sind ja sehr häufig, nach Lyder Borthen etwas über 60% und ich glaube dieser Prozentsatz dürfte auch auf das hiesige Leprosorium passen. Affektionen des Auges habe ich bei beiden Formen der Lepra beobachten können, sowohl bei der maculo-anästhetischen als auch bei der tuberösen, namentlich aber letzterer. Ergriffen wurden fast sämtliche vorderen Teile des Auges und seine Adnexe. So beobachtete ich Affektionen der Stirnmuskulatur, der Supercilien, der Lider, der Cilien, der Conjunctiven, ferner der Episclera, besonders aber — klinisch am wichtigsten — Affektionen des Uvealtractus und der Cornea. Erkrankungen der hinteren Partien des Auges habe ich nicht gesehen, sie mögen ja vorhanden gewesen sein, als primäre Affection am Auge habe ich aber keinen Fall beobachten können. Ueber die pathologische Anatomie ist ja soeben von Dr. von Krüdener eingehend berichtet worden, ich möchte daher nur mit ein paar Worten auf die klinische Seite der Augenlepra eingehen. Bei den Liderkrankungen hätte sich meines Erachtens die Behandlung hauptsächlich auf die operative Behandlung des Ek- resp. Entropiums und der dadurch bedingten Trichiasis zu beschränken. Die hauptsächlichste Beachtung vom klinischen Standpunkte dürften aber die Erkrankungen des Uvealtractus und der Cornea beanspruchen. Was die Uvea anlangt, so gibt es hauptsächlich 2 Erkrankungsformen, die Iritis, resp. die Iridocyclitis und das Irisleprom. Erstere Erkrankung gibt, wenn man sie frisch und nicht als wiederholtes Rezidiv zur Behandlung bekommt, nicht ungünstige Resultate. Hier gelingt es fast stets Heilung ohne Beschädigung zu erzielen. Die Behandlung ist die gleiche wie bei den andern Formen der Iritis: Atropin, Priessnitz, Schwitzkuren und Blutentziehung nur vor Schmierkuren, sonst so wirksam, ist dringend abzuraten, sie werden auffallend schlecht vertragen. Das Irisleprom ist relativ selten, die Prognose stets eine sehr ungünstige. Es wird empfohlen, im Anfangsstadium zu exstirpieren. Der einzige Fall wo ich ein Irisleprom im Anfangsstadium beobachten konnte, ging aber die Patientin auf die vorgeschlagene Operation nicht ein, da das Leprom keine Reizerscheinungen hervorrief und Patientin sich subjektiv gesund fühlte. Später als auch subjektive Störungen auftraten und Pat. die Operation wünschte, war es zu spät, das Leprom von solcher Ausdehnung, dass ein operativer Eingriff nicht mehr möglich war, ich musste mich auf Linderung der Schmerzen durch Cocain, Adrenalin, Priessnitz beschränken. Der Endausgang war völlige Erblindung und Phthise des Bulbus.

Bei der Hornhaut finden wir 3 Formen der Lepraerkrankung: den Pannus leprosus, die Keratitis superficialis seu nodosa und das Leprom der Cornea. Die leichteren Fälle bei den ersten Formen heilen häufig auch ohne weitere Behandlung, in schwereren Fällen kommt es jedoch zu ausgedehnten Hornhauttrübungen, dann ist eventuell Iridektonie indiziert, jedoch auch hier häufig ohne Erfolg, da ausgedehnte Verwachsungen zwischen Iris und Linse infolge von früheren Iritiden ein Ausschneiden der Iris unmöglich machen. Nur in ein paar Fällen gelang mir eine gute Pupillarbildung. Beim Corneallepron wird von den Autoren, namentlich von Lyder Brothen, die operative Behandlung, die Exstirpation der Knoten, empfohlen. Ich bin daher in den ersten Jahren ausgiebig operativ vorgegangen. Ich habe anfangs exstirpiert, später da ich dabei keine dauernden Erfolge sah, bin ich galvanokaustisch vorgegangen. Ich bin mit dem Galvanokauter tief in das gesunde Gewebe gedrungen, sowohl scleral — als auch cornealwärts. Die Resultate waren, wenn auch anfangs die Erfolge sehr schön schienen, doch stets Null. Rezidive liessen sich nicht verhindern, ja, ich glaube die Beobachtung gemacht zu haben, dass die Wucherungen später nur noch stärker auftraten und heute stehe ich auf dem Standpunkte des Noli me tangere Sie sehen also, dass die Lokalbehandlung wohl in den meisten Fällen recht trostlos ist, sie dürfte sich wohl in den meisten Fällen nur auf Linderung der Beschwerden beschränken, auf Heilung aber Verzicht leisten. — Neuerdings haben wir im Leprosorium viel Oleum Linocardii innerlich benutzt. Die Erfolge scheinen recht gute zu sein. Die Symptome am Auge und auch am übrigen Körper gehen auffallend zurück; über dauernde Erfolge können wir allerdings zur Zeit nicht berichten, da uns die längere Erfahrung darin noch abgeht.

Dr. Hirschberg führt an, er habe einmal mit Dr. H. ein Leprom operiert mit günstigem Erfolge (Iridektonie).

Dr. Brutzer referiert einen Fall von Hornhautleprom, den er seiner Zeit im Leprosorium beobachtete. Beide Augen waren erblindet. Ein gelbliches Leprom bedeckte die ganze Hornhaut. Es kam zu einer oberflächlichen Exulceration des Leproms, die trotz aller Therapie in die Tiefe griff. Durch den spiegelnden Grund des Geschwürs konnte Pat. wieder sehen und erfreute sich mehrere Wochen dieses Zustandes; bis an ihr Ende. Das Auge wäre sonst wohl bald verloren gewesen, da sich Hypopyon und Staphylom zum Schluss eingestellt hatten.

Eine operative Behandlung der Irislepreme hält Referent für aussichtslos, da sich stets eine Menge von Leprabazillen neben den Lepromen im Irisgewebe finden und Rezidive unausbleiblich sind.

In gewissen Fällen ist die Diszision der Cornea nach Lic ratsam und wurde von Referenten in einem Fall mit dem Erfolge ausgeführt, dass die vom Limbus Cornea ins Pupillargebiet wuchernde Leprombildung an der zentral von ihr gesetzten Hornhautnarbe Halt machte. Allmählich trübte sich das Pupillargebiet aber doch, durch die über die Enden der Narbe vordringenden Bazillen.

Referenten scheint es bemerkenswert, dass die Leprabazillen den vorderen Teil des Bulbus bis zum corpus ciliare inclusive befallen und sich hier in Massen finden, während der hintere Abschnitt der Uvea und des Nervus opticus von ihnen frei bleiben. In 8 leprös erkrankten Bulbi, die Referent histologisch untersucht hat, konnte er diesen Befund erheben. Wenn andere Untersuchungen auch in dem hinteren Abschnitt der Uvea vereinzelte Bazillen finden liessen, so bleibt die Tatsache, dass die vorderen Partien bevorzugt sind, doch bestehen. Referent weist darauf hin, dass im Gehirn auch keine Leprabazillen gefunden werden (H. Stahlberg Inaugural-Dissertation) während es ihm gelungen ist in der Dura mater und besonders auch im Duralüberzuge der Hypophysis cerebri Bazillen nachzuweisen.

Dr. v. Krüdener: Es stimme seiner Meinung nicht genau mit den Tatsachen überein. In der Retina und Chorioidea seien Pigmentherde gefunden die aus zerfallenen Bazillen bestehen, auch seien Bazillen im Sehnerven gefunden worden. Dass alle Teile des Auges zu Grunde gehen spräche auch für die Lokalisation der Baz. in allen Teilen.

Dr. von Krüddener: Pat. stellte sich mir am 4. September 1904 vor.

Rechtes Auge: Sehschärfe 1/7. Leichte pericorneale Injection. Auf der Descemetschen Membran zarte Niederschläge. Im oberen Teil der Iris bis an die Pupillargrenze reichend eine kleine erbsengrosse Neubildung von graugelber Farbe. Da die Affektion die grösste Aehnlichkeit mit einem Gumma hatte, verabfolgte ich Jod. Nach 14-tägiger Behandlung mit Injektion von Jodipin 25% pro die 10,0 ging die Neubildung gradatim zurück, die Iritis schwand und nach weiteren 6 Wochen gab sich die pericorneale Injektion und das Sehvermögen hob sich bis auf 1/4.

Das linke Auge war gesund und hatte Sehschärfe 1/2. Pat. teilte mir ferner mit, dass er wegen chronischer Bleivergiftung in ärztlicher Behandlung stände.

Im Frühling 1905 erkrankte er wieder auf dem rechten Auge und ging in andere Behandlung über, bei welcher er bis zum Februar 1907 verblieb. Am 15. Februar 1907 fand ich an der äusseren Corneoscleral-Grenze eine zart-gelblichrosa gefärbte Verdickung, welche mit einem leichten Bogen in die Hornhaut reichte und in einer Oberflächentrübung der Hornhaut endete. Der Bulbus war gereizt, die Iris wies zahlreiche hintere Synechien auf und der Visus betrug 1/200.

Das Tränen, welches den Pat. schon in früheren Jahren gequält hatte, nahm sichtlich zu und die Injektion des Auges wurde trotz Jodgebrauch stärker. Ich hatte nun schon den Eindruck, dass es sich nicht um Lues sondern um Lepra handele. Ende März entfernte ich einen Teil der Neubildung mit dem Messer und das Mikroskop bestätigte diese Diagnose. Der Durchschnitt des Präparetes, den ich heute demonstriere zeigt zunächst ein mehrfach geschichtetes gewuchertes Epithel, in welchem sich keine Bakterien finden, darunter Lymphzellen und epitheloide Zellen, welche massenhaft Lepra-Bazillen enthalten. Vortr. bespricht dann im Allgemeinen die leprösen Erkrankungen des Auges, die Differential Diagnose zwischen

Lues, Tuberkulose und Lepra. Aeussert ferner die Ansicht, dass die Erkrankungen der Augen oft von der Erkrankung bestimmter Nasenteile ausgehen, wobei in der Regel kurz nacheinander beide Augen erkranken.

Referiert dann über eine Reihe von ihm ausgeführter Operationen bei Leprösen und kommt zu dem Resultate, dass nicht nur die medicamentöse Therapie sondern auch die meisten chirurgischen Eingriffe am Auge sehr wenig Erfolg brächten. Die reaktive Wucherung ist nach Entfernung von Lepromen der Hornhaut und Lederhaut so stark, dass die Neubildungen nach kurzer Zeit vergrössert wieder da sind. Eine Entfernung von Lepromen aus der Iris hat keinen Zweck, obschon der Eingriff fast immer anstandslos vertragen wird. In vereinzelten Fällen schafft eine Iridektomie einigen Nutzen, obschon auch hier von einem wirklich bleibenden Erfolg nie die Rede sein kann. Interessant in dem vorgestellten Falle ist, dass Leprome der Iris auftreten und vergehen können, überhaupt wird bei Lepra oft ein schubweises Entstehen der Erscheinungen beobachtet, besonders bei der Keratitis superficialis leprosa und bei der lividen Randepiscleritis.

Dr. Hirschberg bemerkt, dass die Infiltrate grösser an den Partien sind, die Schädigungen ausgesetzt sind. Man findet an der Haut dort Infiltrate, wo Druckerscheinungen vorhanden gewesen. Der ganze Lepraprozess geht von der Peripherie zum Zentrum. War also genügend Zeit zur Entwicklung des Proc. vorhanden, wird man auch in den zentralen Teilen mehr Baz. finden. Gewöhnlich kommt es nicht dazu. Doch können in jedem Organ Baz. gefunden werden.

Dr. Stavenhagen: Die Therapie bei der Lepra ist ungünstig, es erblinden von den Leprösen ca. 80%, mehr noch Männer.

Dr. von Krüdener. Es ist eine eigentümliche Erscheinung bei den Leprösen, dass beide Augen in kurzen Intervallen erkranken, es wäre künstlich stets von einer rein endogenen Erkrankung zu sprechen. Die Augen erkranken häufig dann wenn bestimmte Bezirke der Nase erkrankt sind, von hier aus geschieht die Weiterverbreitung auf dem Lymphwege. In vielen Fällen könnte trotzdem eine rein endogene Erkrankung vorliegen.

Dr. R. von Sengbusch,
d. Z. Secretär.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— In Archangelsk wurde von der örtlichen Gesellschaft der Aerzte in feierlicher Sitzung das 40-jährige Jubiläum ihres Ehrenpräsidenten Dr. Julian Kosmowski begangen. Der Jubilar, welcher Chef des Sanitätswesen der örtlichen Truppenbrigade und Arzt am Gymnasium ist, hat mehr als 30 Jahre als Präses die obengenannnte ärztliche Gesellschaft geleitet.

— In der vorigen Woche vollendeten sich 50 Jahre seit dem in Berlin erfolgten Tode des grossen deutschen Physiologen Johannes Müller, der die Entwickelung der exakten Wissenschaft in bahnbrechender Weise gefördert hat. Er war das Haupt jener Schule, welche der modernen Heilkunde und Biologie ihr eigenartiges Gepräge gegeben hat, und aus der Männer, wie Theodor Schwann, der Begründer der tierischen Zellenlehre, Henle, Brücke, du Bois-Reymond, Virchow, Helmholtz, Robert Remak und andere grundlegende Meister hervorgegangen sind. Joh. Müller hat, nachdem er 9 Jahre in Bonn als Dozent gewirkt, von 1833—58 die vereinigten Lehrstühle der Anatomie, der Physiologie und der pathologischen Anatomie an der Berliner Universität inne gehabt.

— In der ersten Maiwoche konnte der bekannte Psychiater und Nervenarzt, Professor der militär-medizinischen Akademie Dr. Wl. Bechterew, auf eine 30-jährige ärztliche und wissenschaftliche Tätigkeit zurückblicken. Aus diesem Anlass sind dem Jubilar zahlreiche Glückwünsche aus allen Gegenden der Welt zugegangen.

— Der Chefarzt der Pawlowschen Militärschule in St. Petersburg Dr. Prosorow ist auf sein Gesuch mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrat.

— Der Militär-Medizinalinspektor des Irkutskischen Militärbezirks, wirkl. Staatsrat Dr. Solnzew, ist zum Gebiets-Medizinalinspektor des Donischen Kosakenheeres ernannt worden. An seine Stelle in Irkutsk ist sein bisheriger Gehülfe, wirkl. Staatsrat Dr. Dmitrewski, getreten.

— Der stellvertretende Gouvernements-Medizinalinspektor von Lomsha, Staatsrat Dr. Kotlewski, ist in diesem Amte bestätigt worden.

— Zum ausserordentlichen Professor der Pharmakologie an der Universität Kasan ist der Prosektor und Privatdozent der Physiologie an der Charkower Universität, Staatsrat Dr. Tschujewski, ernannt worden.

— Der bekannte Anatom der Wiener Universität, Prof. ord. Dr. Karl Toldt, tritt mit dem Schluss des Sommersemesters in den Ruhestand.

— Professor Robert Kochs Ankunft in Tokio wird, wie von dort gemeldet wird, demnächst erwartet. Die japanische Aerzteschaft bereitet einen grossartigen Empfang für den deutschen Gelehrten vor.

— Unser Landsmann Dr. med. Nikolai Gulecke, der älteste Sohn des langjährigen Universitätsarchitekten und Dozenten der Dorpater Universität R. Gulecke, hat sich, wie die «Nordl. Ztg.» erfährt, an der Universität Strassburg als Privatdozent für Chirurgie habilitiert. N. Gulecke ist, nachdem er in Dorpat das Gymnasium durchgemacht und seine medizinischen Studien an verschiedenen deutschen Universitäten absolviert hatte, mehrere Jahre Assistent an der Berliner chirurg. Klinik unter Prof. v. Bergmann gewesen.

— Der Assistent des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna Dr. Leo Lewin hat sich als Dozent für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten am genannten Institut habilitiert.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 30. März in der Kolonie Eichenheim (Gouv. Jekaterinoslaw) der dortige Arzt Dr. Andreas Voth im 51. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus der Kolonie Halbstadt im Gouv. Taurien, erhielt seine Erziehung im Barmer Missionshause und widmete sich nach Ablegung der Maturitätsprüfung i. J. 1883 dem Studium der Medizin in Dorpat, von wo er jedoch bereits nach einem Jahre zur Charkower Universität überging. Nach Erlangung des Arztgrades daselbst i. J. 1888, war er einige Jahre in Chortiz (Gouv. Jekaterinoslaw) Fabrikarzt und liess sich dann als Arzt in den Kankriner Kolonien nieder, wo er bis zu seinem Tode, der infolge von Magenkrebs erfolgt sein soll, tätig gewesen ist. Der Dahingeschiedene war, wie ein Kollege in der «Odess. Ztg.» ihm nachrühmt, seiner Veranlagung nach wie zum Arzt geboren. Immer hülfsbereit, immer freundlich und geduldig mit den Kranken, tröstend und ermutigend, erwarb er sich das Vertrauen und die Liebe seiner Patienten, die ihn wohl nicht so bald vergessen werden. 2) Am 4. Mai in Charkow der ordentliche Professor der deskriptiven Anatomie und Physiologie an der dortigen Universität Dr. Alexis Bjeloussow im Alter von nahezu 60 Jahren. Nach Absolvierung seiner Studien an der Charkower Universität i. J. 1876 war B. Prosektor beim Lehrstuhl der Anatomie daselbst, dann Privatdozent und in den letzten Jahren Professor auf diesem Lehrstuhl. In früheren Jahren hat er auch die ärztliche Praxis ausgeübt. 3) In Minsk der frühere Militärarzt Hirsch Labenski im 54. Lebensjahre nach 27-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er hat seinem Leben freiwillig ein Ziel gesetzt. 4) In Warschau der Fabrikarzt aus dem Gouv. Petrikau, Dr. Stanislaus Bankowski, im 36. Lebensjahre. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1898 erlangt. 5) Am 5. Mai in Riga Dr. Isidor Michelsohn im 60. Lebensjahre. Nach Absolvierung des Kursus i. J. 1875 war der Verstorbene Militär- und Eisenbahnarzt in Riga; in den letzten Jahren bekleidete er auch die Stellung des Oberrabiners der dortigen jüdischen Gemeinde. 6) In Leipzig der ordentliche Professor der Zoologie und vergleichenden Anatomie an der Universität Rostock, Dr. Oswald Seeliger, im Alter von 50 Jahren.

— Aus Riga kommt die betrübende Nachricht, dass der auch in weiteren Kreisen bekannte hiesige Kinderarzt Dr. Richard Peters, älterer Ordinator am Kinderhospital des Prinzen Peter v. Oldenburg und Privatdozent für Pädiatrie an der militär medizinischen Akademie, am 11. Mai dort verschieden ist. Einen Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Ueber einen Skandal in der Charkower Universität wird nachstehendes berichtet: Der Arzt Ssolowjew verteidigte dieser Tage seine Doktordissertation. Vier Opponenten, darunter auch der offizielle, erklärten die Verteidigung für völlig ungenügend. Als nun der Dekan trotzdem die gewünschte wissenschaftliche Würde erteilte, erhoben sich Entrüstungsrufe, Pfeifen und Zischen. Die Opponenten sollen beim Minister einen Protest einreichen wollen.

— Die Dorpater Naturforscher-Gesellschaft hat die Regierungssubsidie im Betrage von 2500 Rbl., welche sie durch die Dorpater Universität alljährlich bezieht, in diesem Jahre nicht erhalten, woraus der Gesellschaft nicht geringe finanzielle Schwierigkeiten erwachsen sind.

— Von russischen Studenten in der Schweiz. In Thun ist, wie die «Tägl. Rundschau» berichtet, soeben ein russischer Student, stud. med. Ilief, wegen Diebstahls von kostbaren Diamantringen im Werte von mehr als 1000 Franken verurteilt worden. Ilief gab zu, dass er auf einen falschen Pass reise, das sei aber doch nicht auffallend, denn in Lausanne seien 70 russische Studenten mit falschen Pässen entdeckt worden und wie viele gebe es sonst noch! Wie er sagt, habe er in Russland das Gymnasium besucht und danach in Genf studiert. In Genf hat man auch zwei in Russland angefertigte Photographien gefunden, die den sogenannten Ilief in russischer Studentenuniform darstellen. Bei der Verhandlung in Thun spielte sich der Dieb Ilief wieder als reichen Oberstensohn auf und log das Erdenkliche zusammen. Es half ihm aber nichts, — die Berner Kriminalkammer verurteilte ihn zu zwanzig Monaten Zuchthaus und seinen Helfershelfer, den russischen stud. phil. Preja, der eingestandenermassen ebenfalls einen falschen Pass führte, zu drei Monaten Gefängnis.

— Die Odessaer Universität feierte am 1 Mai d. J. nach dreijähriger Unterbrechung wieder den Jahresaktus. Der stellv. Rektor Prof. Dr. S. Lewaschew eröffnete die Feier mit einer kurzen Anrede, in welcher er hervorhob, dass dies die erste Feier nach der den Universitäten geschenkten Autonomie und nach der Rückkehr der Universität zur Wissenschaft sei, und die Hoffnung aussprach, dass von nun ab in der Universität nur die Wissenschaft leben wird. Nach dem vom Sekretär verlesenen Jahresbericht zählte die Universität zum 1. Januar 1908 — 2,882 Studenten, 74 freie Hörer, 169 freie Hörerinnen und 68 Pharmazeuten (gegen 2854 Studenten, 309 freie Hörer, und 298 freie Hörerinnen am 1. Jan. 1907). Nach dem Etat sind 73 Professoren und Lehrer vorgesehen. Am 1. Januar wirkten jedoch nur 46 ordentliche Professoren, 11 ausserordentliche Professoren, ein Professor der Theologie und 4 Lektoren. Ausserdem gab es 39 Privatdozenten und es blieben 9 Professoren nach Ausdienung von 30 Jahren an der Universität.

Standesangelegenheiten.

— Der frühere Redakteur der Zeitung «Bjeshezkoje Slowo» Dr. Kornilow ist von der Moskauer Gerichtspalate für Uebertretung der Punkte 1 und 2 des § 129 des Strafgesetzbuches zu einem Jahr Festungshaft verurteilt worden.

— Wegen Misshandlung von Gefangenen im Astrachanschen Gefängnis sind die beiden Gefängnisaufseher zu 8-jähriger, fünf Wärter — zu 5-jähriger Zwangsarbeit, der Kanzellist zu 1½-jähriger Arrestantenkompagnie, zugleich aber auch der Gefängnisarzt Dr. W. Komorski — zum Ausschluss aus dem Dienst verurteilt worden.

— In der städtischen Preobrashenski-Irrenanstalt in Moskau hat der Krankenwärter Brussilow, als der Ordinator Dr. Bunejew ihm für eine Nachlässigkeit im Dienst einen Verweis erteilte, einen so heftigen Faustschlag auf den Kopf des Arztes appliziert, dass letzterer betäubt auf einen Kasten gefallen ist und einen Bruch von drei Rippen erlitten hat. Der Zustand Dr. Bunejews soll zu ernsten Befürchtungen Anlass geben. Der Attentäter ist gefänglich eingezogen worden.

— Die Jelisawetgradsche Landschaft hat beschlossen, dem medizinischen Personal im Falle des Todes oder des Verlustes der Arbeitsfähigkeit bei der Bekämpfung der Cholera im Kreise eine einmalige Unterstützung zu gewähren, und zwar den Aerzten im Betrage von 5000 Rbl., dem ärztlichen Hülfspersonal im Betrage von 2000 Rbl. und den Krankenwärtern und barmherzigen Schwestern im Betrage von 500 Rbl.

— Zur Errichtung eines Asyls für altersschwache und kranke Frauen des ärztlichen Berufs ist in Moskau eine Gesellschaft ins Leben getreten, welche in einer ausserordentlichen Versammlung in der Vorstand gewählt hat: Dr. W. P. Serenin, Prof. P. A. Schirjajew, Dr. N. A. Bibikow (Kassierer) und den Rechtsanwalt G. N. Fljerow (Sekretär).

— Vakanz. Die Stelle eines Sanitäts- und Kirchspielsarztes im Kirchspiel St. Simonis (Estland) wird zum September d. J. frei. Nähere Auskunft erteilt Baron Stackelberg — Mohrenhof per Eisenbahnstation Rakke in Estland.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Idee zum Bau eines Sanatoriums für Lungenkranke bei Riga ist, wie ein Korrespondent von dort im «St. Pet. Herold» mitteilt, dank der Initiative des Rigaschen Aerztes Dr. v. Zur-Mühlen, neu aufgegriffen worden und scheint dieses Mal ihrer Verwirklichung näher gebracht zu sein. Das Sanatorium soll in einem der weiten Stadtforste in der Nähe von Riga erbaut werden und zunächst für 30 zahlende Patienten Platz bieten. Die Kosten sind auf 50,000 Rbl. veranschlagt, wozu die Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose ihr ganzes Kapital von etwa 10,000 Rbl. beisteuern will; 25,000 soll ein Hypothekenverein auf das Immobil leihen und der Rest soll aus anderen Mitteln beschafft werden.

— In der Sitzung der Reichsduma am 7. Mai wurde der von dem Deputierten Rosanow eingebrachte Antrag, keinem Bürger, welcher Konfession und Nationalität er auch sei, den Aufenthalt in Kur- und Heilanstalten zu verbieten, abgelehnt.

— Von der Warschauer Universität ist ein Konkurs um die Bewerbung einer Prämie im Betrage von 900 Rbl. für eine populäre Arbeit aus dem Gebiete der Medizin in russischer Sprache ausgeschrieben worden. An der Bewerbung um die Prämie können nur russische Untertanen sich beteiligen. Der Endtermin für die Einreichung der Arbeiten ist auf den 14. April 1910 festgesetzt.

— Die Zahlung für volle Anstaltspflege Geisteskranker hat die Stadt Berlin mit Genehmigung des Kultusministeriums und des Ministeriums des Innern für die nächsten drei Jahre auf 2 Mark 80 Pfennige pro Tag festgesetzt. Bei der Pflege in Privatanstalten tritt ein Zuschlag von 0,40 Mark und bei Familienpflege ein solcher von 0,75 Mark hinzu.

— Ein neues internationales Journal unter dem Titel «Epilepsia», das speziell der Erforschung und Behandlung der Fallsucht gewidmet sein wird, soll demnächst in's Leben gerufen werden und in zwanglosen Heften 4 mal im Jahre erscheinen. Als Redakteure werden u. a. Dr. Claude in Paris, Prof. B. Bruns in Hannover, Prof. Turner in London und Prof. J. Donath in Budapest genannt.

— Nachstehende St. Petersburger städtische Gebärasyle werden zwecks Remonte und Auslüftung auf Beschluss der städtischen Sanitätskommission im laufenden Jahre geschlossen: das Liteiny-Asyl — vom 15. August bis zum 22. September; das Roshdestwenski-Asyl — vom 8. Juli bis zum 15. August; das Moskauer-Asyl — vom 24. April bis zum 1. Juni; das Alexander Newski-Asyl vom 1 Juni bis zum 8. Juli; das Narwasche Asyl vom 22. Juni bis zum 29. Juli; das 14. — vom 29. Juli bis zum 5. September; das 13. — vom 15. Mai bis zum 22. Juni; das Kolomnaer — vom 1. Juni bis zum 8. Juli; das 1. Spasski-Asyl — vom 24. April bis zum 1. Juni; das 2. Spasski-Asyl — vom 8. Juli bis zum 15. August; das 12 — vom 15. August bis zum 22. September; das Wassili-Ostrow-Asyl — vom 17. Mai bis zum 24. Juni; das Petrowski-Asyl — vom 24. Juni bis zum 1. August und das Wiborger-Asyl — vom 1. August bis zum 15. September.

Bf.



Am 19. April d. J. betrug die Zahl der Kranken 11484 (322 mehr als in der Vorwoche.), darunter 1357 Typhus — (102 mehr), 728 Syphilis — (10 wen.), 177 Scharlach — (8 wen.), 170 Diphtherie — (3 mehr), 112 Masern — (10 mehr) und 110 Pockenkranke (14 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 13. bis zum 19. April d. J. im ganzen 1198, darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 2, Typh. abd. 47, Febris recurrens 12, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 6, Masern 69, Scharlach 18, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 56, Erysipelas 5, Grippe 12, Katarrhalische Lungenentzündung 171, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 317, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberculose der Lungen 136, Tuberculose anderer Organe 32, Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 85, Marasmus senilis 34, Krankheiten der Verdauungsorgane 138, Totgeborene 49.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. April d. J. 11890 (406 mehr als in der Vorwoche), darunter 1461 Typhus — (104 mehr), 780 Syphilis — (52 mehr), 177 Scharlach — (0 wen.), 186 Diphtherie — (16 mehr), 115 Masern — (3 mehr), und 114 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 20. bis zum 26. April d. J. im ganzen 1122, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 7, Typhus abdom. 43, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 8, Masern 95, Scharlach 15, Diphtherie 15, Croup 0, Keuchhusten 8, Kroupöse Lungenentzündung 65, Erysipelas 10, Grippe 18, Katarrhalische Lungenentzündung 139, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 276, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 15, Tuberkulose der Lungen 128, Tuberkulose anderer Organe 25, Alkoholismus und Delirium tremens 13, Lebensschwäche und Atrophia infantum 73, Marasmus senilis 36, Krankheiten des Verdauungskanals 129, Totgeborene 58.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 16. Sept. 1908.

Anmeldungen von Vorträgen erbeten!

Diejenigen Mitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht sich zur Erlangung eines solchen an den Präses zu wenden.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22. Sept. 1908.

Wohnungsveränderung.

Dr. Ö. TUSZKAI zeigt höfl. an, dass seine neue Wohnung in **Marienbad** in dem Palast „**WILHELMSHÖHE**" der Hauptpost gegenüber ist.

****

„Ich habe **Augsburgerstrasse, 85** eine Privatklinik für

Magen-, Darm-, Stoffwechsel- und Nierenkranke

eröffnet.

Professor **H. Strauss**-Berlin.

****

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**“ war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel,** Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik,** Apotheker, Kiew. **Paul Seebode,** Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) —44.

ФОРМАМИНТЪ БАУЭРЪ

(FORMAMINT BAUER)

Новый препаратъ фирмы Бауэръ и К°, Берлинъ S. W. 48. Соединеніе формальдегида съ молочнымъ сахаромъ, имѣется въ продажѣ въ видѣ таблетокъ по 50 шт. въ склянкѣ. o o o o

Употребляется вмѣсто полосканія

ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНІЯ ЗѢВА И ПОЛОСТИ РТА

при различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ (Ангина, Стоматитъ и т. п.) а также и

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХЪ ЦѢЛЕЙ.

Таблетки дѣйствуютъ путемъ медленнаго растворенія во рту. Пріемъ: 1—2 таблетокъ каждый часъ. Литературу и пробы Гг. врачамъ безплатно.

Главное Представительство Санатогена Бауэръ

С.-Петербургъ, Больш. Конюшенная, 29.

BAD KUDOWA

Reg.-Bez. Breslau
Bahnst. Kudowo oder Nachod.
400 m über dem Meeresspiegel.

Saison: Vom 1. Mai bis Oktober.

Arsen-Eisenquelle: Gegen Herz-, Blut-, Nerven- und Frauenkrankheiten.
Lithion-Quelle: Gegen Gicht, Nieren- und Blasenleiden.
Natürliche Kohlensäure- und Moorbäder.

Neu erbohrte, ausserordentlich kohlensäurehaltige und ergiebige Quelle. Komf. Kurhotel. Theater- und Konzertsäle. Anstalt für Hydro-, Elektro- und Licht-Therapie. Medico-mechanisches Institut. Hochwasserleitung und Kanalisation.

Badeärzte: Geh. Sanitäts-Rat Dr. Jacob, Dr. Karfunkel, Dr. Hermann, Dr. Witte, Privat-Dozent Dr. Ruge, Sanitäts-Rat Kuhn, Dr. Silbermann, Dr. Münzer, Dr. Brodzki, Dr. Hirsch, Dr. Loebinger, Dr. Kabierschke, Dr. Bloch, Dr. Schnabel, Zahnarzt Dr. Wolfes.

Brunnen-Versand durch die Generalvertretung Dr. **S. Landsberg,** Berlin SW. Gitschinerstr. 107, Telephon-Amt IV 1048, und die Bade-Direktion Kudowa

Prospekte gratis durch **sämtliche Reisebüros, RUDOLF MOSSE** und

Die Bade-Direktion.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 21 St. Petersburg, den 24. Mai (6. Juni). 1908.

Geburten im künstlichen Dämmerschlaf.

Von

Dr. Baron R. Keyserlingk.

Vortrag gehalten auf dem IV. Estländischen Aerztetage zu Reval 1907.

M. H. Ich möchte hier über die ethische Berechtigung des Arztes, den Wehenschmerz, also einen sogenannten physiologischen Schmerz, zu lindern oder ganz auszuschalten, keine Worte verlieren. Meiner Ansicht nach ist es für die kreissende Frau ein sehr schwacher Trost, wenn man ihr versichert, dass ihre Schmerzen physiologische sind, dass sie eben ausgehalten werden müssen, und es ist eine ebenso humane Tat, wenn wir diese Schmerzen lindern, wie die Narkose bei einer beliebigen Operation. Eine Bedingung müssen wir natürlich stellen, dass nämlich das anzuwendende Narcoticum keinerlei schädliche oder unangenehme Nebenwirkungen hat, weder für die Mutter noch für das Kind.

Alle bisherigen Anaesthetica erfüllten diese Bedingung nicht, teils weil sie gewisse Organe schädigten, wie das Chloroform, oder nicht lange genug wirkten, wie die Lumbalanaesthesie oder Wehen hemmend wirkten, wie das Morphium.

Nun wurde von Schneiderlin und Korff die Scopolamin-Morphiumnarkose in die Chirurgie eingeführt, wenn ich nicht irre mit zweifelhaftem Erfolg, da zur Erzielung einer vollen Narkose sehr grosse Dosen nötig waren. Anders verhält sich dieses Mittel in der Geburtshülfe, wo man ja nur eine Hypalgesie brauchte und wo dieses zuerst von Steinbüchel in Graz angewandt wurde. Der Freiburger Frauenklinik und speziell ihrem Assistenten Gauss gebührt das Verdienst eine genaue Methode ausgearbeitet zu haben, mit der wir nicht nur eine Hypalgesie sondern eine vollkommene Amnesie über die ganze Geburtsdauer erreichen. Gauss gelang es nämlich nach zahlreichen vorsichtigen Versuchen durch geringe Erhöhung der von Steinbüchel angegebenen Dosen die Kreissenden in einen Zustand zu bringen, den er „künstlicher Dämmerschlaf" nannte. Es ist dieses ein Zustand, in dem die Frau die sie treffenden Eindrücke wohl perzipiert, aber nicht mehr apperzipiert, d. h. nicht mehr in ihr Bewusstsein aufnimmt.

Bevor ich auf die Schilderung der Gauss'schen Methode übergehe, bitte ich Sie, meine Herren, zuerst zu prüfen, ob sie die oben geforderte Bedingung der Unschädlichkeit für Mutter und Kind erfüllt. Ich werde zuerst Gauss und dann seine Gegner zu Worte kommen lassen und zum Schluss meine eigenen Erfahrungen bringen.

Gauss veröffentlicht in der Münchener Medizinischen Wochenschrift (Nr. 4, 1907) einen Bericht über das erste Tausend Geburten im Scopolamin-Dämmerschlaf, nachdem er schon vorher eine kurze Besprechung in der Medizinischen Klinik (Nr. 6, 1906) und eine ausführliche Arbeit im Archiv für Gynaekologie (Band 78, Heft 3) gebracht hatte. Hier sagt er in dem Abschnitt: Anforderungen an die Halbnarkose unter der Geburt: Der regelmässige Fortgang der Geburt darf nicht in Frage gestellt werden durch ungünstige Beeinflussung

der Wehentätigkeit,
„ Bauchpresse,
„ Nachgeburtswehen,
„ Organfunktionen beim Stillgeschäft und bei der puerperalen Involution.

Ferner darf das Kind keinen Schaden nehmen
im intrauterinen Leben,
„ extrauterinen Leben, und zwar beim Einsetzen der neuen Lebensfunktionen,
„ Verlauf der ersten Lebenswochen,
für die spätere Entwickelung.

Ausserdem darf der Dämmerschlaf weder Nausea noch sonst eine beträchtliche Störung des subjektiven Befindens der Kreissenden zur Folge haben, noch irgend welchen Schaden an anderen Organen verursachen.

Was die Wehentätigkeit anbelangt, so haben wir den besten Wertmesser für diese in der Geburtsdauer. Gauss hat nun bei 128 Scopolamingeburten eine Durchschnittsdauer für Primi- und Multiparae zusammen von 16 St. 11 Min. gefunden, bei denen aber nur ²/₃ der Fälle unkomplizierte Schädellagen waren. Diese Ziffer übersteigt nicht die Norm, d. h. die von anderen Autoren berechnete Durchschnittsdauer bei normalen Geburten. Ausserdem ist auch nie direkt eine sichere Beeinflussung der Wehen durch das Scopolamin von Gauss beobachtet worden.

Die Bauchpresse kam bei 460 Geburten 444 mal spontan in Anwendung, 16 mal nur auf Aufforderung und zwar 14 mal gut, 8 mal schlecht. Diese wenn auch seltene Wirkung auf die Bauchpresse schreibt Gauss einer Ueberdosierung zu.

Die Blutung in der Plazentarperiode ist in 363 Fällen genau gemessen worden, was folgende Resultate ergab

Physiologischer Blutverlust	— 500 gr.	in	92,8 pCt.
Leichter Blutverlust	500—1000 „	„	6,3 „
Schwerer Blutverlust	1000—1500 „	„	0,9 „
Lebensgefährl. Blutverlust über	1500 „	„	0 „
Die Plazenta wurde geboren spontan		„	51 „
Durch leichten Druck oder Credé		„	48,1 „
Durch manuelle Lösung		„	0,4 „

Auch diese Zahlen sprechen in keiner Weise für eine ungünstige Wirkung des Scopolamins auf den Geburtsverlauf.

Ich erwähne noch kurz, dass im Wochenbett und beim Stillen ebenfalls keine Störungen beobachtet wurden, die man dem Scopolamin hätte zuschreiben können, ebenso, dass kein einziger Todesfall bei den 1000 Geburten dem Mittel zur Last gelegt werden konnte.

Endlich sei noch die Operationsfrequenz erwähnt, die 12,6% beträgt und der an anderen Kliniken ungefähr gleich ist.

Was nun das Kind anbetrifft, so wurde zuweilen Oligopnoe beobachtet, die wohl einer Ueberdosierung hauptsächlich des Morphiums zuzuschreiben ist. Das beweist die Verbesserung der Statistik bei den letzten 500 Kindern gegenüber den ersten 500.

Bei der ersten Serie waren 23,5% oligopnoisch, 12,8% asphyktisch, bei der zweiten Serie nur 12,7% oligopnoisch, 6,3% asphyktisch.

Auffallend ist die Statistik über die Mortalität der Kinder, diese ist um volle 3% zu Gunsten der Skopolaminkinder verschoben. Diese Tatsache glaubt Aschoff durch die Wirkung des Scopolamins auf das Atemzentrum erklären zu können, wodurch die Fruchtwasseraspiration weniger häufig stattfinden soll. Wie dem auch sei, jedenfalls ist die Mortalität der Kinder bei Scopolamingeburten nicht erhöht. Auch in der späteren Entwickelung der Kinder hat Gauss keinerlei Störungen gesehen.

Aehnliche gute Erfahrungen wurden von Lehmann in Karlsruhe gemacht.

Zu ganz anderen Resultaten dagegen kam man in der Leopold'schen und der Bumm'schen Klinik; aus letzterer liegt eine ausführliche Veröffentlichung von Hocheisen und Bardeleben über 100 Geburten vor.

Bei diesen 100 Geburten wurde erlebt

50 mal Verzögerung der Geburtsdauer,
5 „ Atonie,
5 „ Expression der Plazenta,
13 „ verzögerte Lösung der Plazenta,
15 „ verzögerte Rückbildung des Uterus,
1 stenokardischer Anfall,
1 Herzneurose,
18% oligopnoische Kinder,
15% asphyktische Kinder.

Wenn nun auch Hocheisen selbst zugiebt, dass nicht alle eben genannten Zufälle dem Scopolamin zur Last gelegt werden können, so bleibt diese Statistik doch immerhin eine sehr ungünstige und man muss sich fragen, aus welchem Grunde die Freiburger und die Berliner Erfahrungen so weit auseinandergehen. Die Antwort ist leicht zu finden: Hocheisen hat nämlich die von Gauss aufgestellten Grundvorschriften für die Dosierungs-Technik vollkommen ausser Acht gelassen, so dass er eigentlich nach einer grundsätzlich anderen Methode gearbeitet hat. Mit diesen Vorschriften aber, auf die ich gleich näher eingeben werde, steht und fällt die Gauss'sche Methode. Auch Leopold, der scheinbar diesen Vorschriften folgte, ist in Kleinigkeiten, die zum Gelingen aber sehr wichtig sind, von ihnen abgewichen.

Ich komme nun zu der Methode selbst, die kurz in folgendem besteht.

Da die einzelnen Individuen, wie auf jedes Narcoticum, so auch auf das Scopolamin, sehr verschieden reagieren, da ferner die Schmerzeindrücke im Dämmerschlaf doch noch perzipiert werden, also eine, wenn auch nur reflektorische Reaktion zur Folge haben, so kann die Schmerzäusserung nicht den Indikator für die Dosierung bilden. Diesen haben wir vielmehr in der Merkfähigeit der Kreissenden, deren Prüfung allerdings kompliziert ist und einige Uebung, sowie viel Sorgfalt erfordert. Die Merkfähigkeit prüfen wir, indem wir der Patientin irgend einen Gegenstand zeigen. Nach einer halben Stunde wird er ihr nochmals vorgewiesen mit der Frage, ob wir ihr den Gegenstand heute schon gezeigt haben. Hatte die Pat. vor einer halben Stunde den Eindruck apperzipiert, so erinnert sie sich jetzt desselben, d. h. die Merkfähigkeit war wach, und es wird ihr noch Scopolamin injiziert, hat sie ihn bloss perzipiert, so weiss sie jetzt nichts mehr davon und sie bekommt keine weitere Dosis. Bei in dieser Weise halbstündlich geprüfter Merkfähigkeit, kann man die Kreissende durch viele Stunden im Dämmerschlaf erhalten, ohne Gefahr der Ueberdosierung. Eine normale Geburt im Dämmerschlaf würde also ungefähr folgendermassen verlaufen:

Es werden zwei getrennte Lösungen bereit gehalten eine 0,03% Lösung Scopol. hydrobromic. Merck oder nach Gauss besser von Böhringer und eine 1% Morphiumlösung. Vor dem Gebrauch überzeugt man sich durch Schütteln und Prüfung der Klarheit von der Frische und Brauchbarkeit des Praeparates.

Wenn nun kräftige und regelmässige Wehen aufgetreten sind bekommt die Frau 1½ Spritzen also 0,00045 Scopol. und eine Spritze, 0,01 Morphium. Die Morphiumgabe wird nicht mehr wiederholt. Nach einer Stunde folgt noch eine Spritze Scopolamin. Von jetzt

an wird jede halbe Stunde die Merkfähigkeit geprüft, und wenn diese erhalten ist eine halbe Spritze Scopolamin gegeben. Nach der ersten Injektion tritt schon bald Schläfrigkeit ein, bald auch Durst, da das Scopolamin die Schleimhäute austrocknet. Dem Verlangen nach Trinken kann man ruhig nachgeben, ich habe davon keine schlechten Folgen gesehen. Nach der zweiten Injektion schläft die Kreissende meist schon in den Pausen, kann aber jederzeit durch Ansprechen aufgeweckt werden, worauf sie gleich wieder in ruhigen Schlaf versinkt und nur während der Wehen unruhig wird. Die Schmerzäusserungen werden geringer, manchmal erkennt man nur durch eine gewisse mimische Reaktion oder etwas beschleunigte Atmung das Auftreten einer Wehe. Manchmal sind die Patienten aber auch nach verhältnissmässig hohen Scopolamingaben während der Wehe unruhig und reagieren auch auf die Injektion mit Schmerzäusserungen.

Ich erkläre das durch die Ausschaltung der Hemmungszentren, was eine sehr ausgiebige Reaktion auch auf verhältnissmässig geringe Reize zur Folge haben muss, wie denn überhaupt alle Sehnen- und Hautreflexe unter Scopolamin erhöht sind. Treten nun Drangwehen auf, so drängt die Kreissende meist gut mit, häufig wie bei hartem Stuhl, ohne Schmerzäusserung. Es kommt aber vor, dass die Bauchpresse nicht gehörig in Tätigkeit gesetzt wird. Die Frau ist eben zu schläfrig dazu und der Schmerzreiz fehlt. Dann genügt es meist sie zum Mitdrängen aufzufordern um eine befriedigende Bauchpresse hervorzurufen. Ist das Kind geboren, so schläft die Frau meist ruhig weiter, oder sie ist wach und antwortet auf unsere Fragen, ohne aber von der stattgehabten Geburt eine Ahnung zu haben. Nach einigen Stunden ruhigen Schlafes wacht sie meist vollkommen erfrischt auf, es besteht aber vollständige Amnesie über den ganzen Geburtsverlauf. Darin liegt meiner Ansicht nach einer der grössten Vorteile des Dämmerschlafes unter der Geburt, das psychische Trauma, die Erinnerung an die Qualen und mithin bei späteren Geburten die Furcht vor neuen fällt fort. Bei intelligenten Patientinnen ist es mir aufgefallen, wie frisch und gesund sie am anderen Morgen im Gegensatz zu sonstigen Wöchnerinnen am 1. Tage sind. Es ist ja auch ein Unterschied, ob eine Frau 12 Stunden lang sich mit den furchtbarsten Schmerzen quält, oder ob sie diese 12 Stunden ruhig verschläft.

Von Nebenerscheinungen habe ich beobachtet Durst, Rötung des Gesichts, leichte Zuckungen in den Fingern, einmal unbedeutende motorische Unruhe und zweimal vorübergehend Erbrechen, was ich aber nicht dem Scopol. zur Last legen möchte, da es auch sonst vorkommt. Puls und Atmung wird nicht wesentlich beeinflusst.

Meine persönlichen Erfahrungen sind nicht gross, ich verfüge über 26 Fälle und zwar kamen 13 zur Beobachtung, bevor ich in Freiburg war und mich dort genau mit der Dosierungstechnik bekannt machte, und 13 nachher.

Der Unterschied in den Resultaten ist eklatant und beweist die Wichtigkeit einer genauen Bekanntschaft und Befolgung der Gauss'schen Vorschriften zur Erzielung befriedigender Resultate.

In der ersten Serie erzielte ich von den 13 Fällen 9 mal Hypalgesie, 2 mal Hypalgesie mit einem Fragezeichen, einmal leichte Benommenheit und einmal etwas Schläfrigkeit. Trotz dieser mangelhaften Scopolaminwirkung wurden 3 Kinder oligopnoisch geboren und zwar jedes mal da, wo etwas mehr Morphium gegeben worden war. Ausserdem trat 2 mal Erbrechen auf.

Die zweite Serie von ebenfalls 13 Fällen mit der verbesserten Technik weist 7 mal vollkommene Amnesie auf. 3 mal ist undeutliche Erinnerung notiert, zwei mal nur Hypalgesie und ein mal Hypalgesie bis Analgesie.

Die Bauchpresse war in 11 Fällen gut, in einem Fall mässig, auf Aufforderung besser, in einem Fall kam sie nicht in Frage, da die Geburt wegen Eklampsie operativ beendet wurde.

Was die Geburtsdauer anbetrifft, so hat es bei so kleinem Material keinen Sinn, Durchschnittszahlen zu berechnen, jedenfalls habe ich kein einziges mal den Eindruck gewonnen, als ob die Wehen ungünstig durch die Injektionen beeinflusst worden wären.

Die längste Zeit der Scopolamindarreichung betrug in der 2. Serie 13 Stunden mit 0,0024 Scopolamin, ein anderes mal wurde in $10^1/_2$ Stunden 0,0027 Scopol. injiziert.

Ich schliesse jetzt, und möchte die Methode den Kollegen dringend zur Nachprüfung empfehlen, freilich nur mit der Bedingung der strikten Einhaltung der Gauss-schen Vorschriften.

Zu diesem Zweck ist es wohl durchaus ratsam sich in praxi mit der Methode bekannt zu machen oder zum mindesten Einsicht zu nehmen in die genau geführten Scopolaminprotokolle, denn es giebt doch eine Reihe von Details, die sich in einem Vortrage nicht alle berühren lassen und die man nur von Fall zu Fall am Gebärbett kennen lernen kann. Diese Protokolle sowie das Material der Hebammenanstalt steht den Kollegen jederzeit zur Verfügung. Ich glaube die Methode hat eine Zukunft, wenn sie auch fürs erste in der Privatpraxis kaum durchführbar ist, da eine ständige Kontrolle durch den Arzt oder eine eigens dazu geschulte Pflegerin notwendig ist. Jedenfalls haben wir in ihr ein Mittel der Frau in der Geburt ihre Qualen zu lindern, sowie dauernde Schädigungen ihres Nervensystems zu verhüten.

Referate.

Prof. E. Feer: Die kutane Tuberkulinprobe im Kindesalter. (Münch. med. W. Nr. 1. 1908).

Das Wesentliche der Entdeckung von Pirquet besteht im Nachweise, dass bei Tuberkulösen nicht nur der kranke Herd auf Tuberkulin reagiert, sondern auch die gesunde Haut. Pirquet fand, dass alle klinisch sicheren Fälle von Tuberkulose bei Kindern reagieren, ausgenommen miliare und meningitische in den letzten (circa 10) Tagen und schwer kachektische Patienten. Die Technik der kutanen Tuberkulinprobe ist so einfach, dass jeder praktische Arzt sie ausführen kann. Auf der gereinigten Streckseite eines Vorderarms träufelt man in einer Entfernung von 6—10 cm. von einander je 1 Tropfen Alttuberkulin Koch auf und legt in der Mitte derselben, sodann innerhalb der Tropfen selbst eine leichte Exkoriation der Haut (mit Impfbohrer oder feiner Lanzette) an. Auf die tuberkulinbeschickten Stellen legt man je eine Spur Watte und fixiert dieselbe mit einer Binde einige Stunden. Bei positivem Ausfall entwickelt sich an den Impfstellen nach 6—20 Stunden eine hellrote, tastbare Papel von 5—20 mm. Durchmesser, welche nach einigen Tagen wieder verschwindet. Die Kontrollstelle zeigt nur leichte traumatische Reaktion.

Verfasser hat nun konsequent alle stationären Kranken der Heidelberger Kinderklinik bis Dezember 1907 geimpft und unter 344 Fällen haben 65 = 19 Proz. positiv reagiert. Die positiven Fälle steigen von 0 Proz. im ersten Halbjahr auf 57 Proz. zwischen 10 und 15 Jahren. Von 25 klinisch sicher als tuberkulös Diagnostizierten reagierten 24 positiv. Von 28 Tuberkoloseverdächtigen reagierten 14 = 50 Proz. positiv. Von 291 Unverdächtigen reagierten 27 = 9 Proz. Von 112 Säuglingen (mit verschiedenen Krankheiten) reagierten 3 und bei diesen bestätigte die Autopsie die Diagnose. Die Stärke der Reaktion giebt keine Auskunft über die Ausdehnung der Affektion. Der Vorzug vor der probatorischen Tuberkulininjection besteht im Ausbleiben von Allgemein- und Herd-

reaktion. Verfasser konnte nur in 1 Fall eine fieberhafte Reaktion feststellen. Daher kann die Probe ambulatorisch ausgeführt werden und sind Temperaturmessungen überflüssig. Eine einmalige Inspektion, am besten nach 2 mal 24 Stunden, genügt meist. Zuweilen kommen gewisse Besonderheiten der Reaktion vor: so kann sich auf der Impfpapel oder in ihrer Nähe ein kleinstecknadelkopfgrosses gelbrötliches hartes Knötchen entwickeln, das nach einigen Tagen verschwindet. Bei Skrofulose kann eine skrofulodermartige Reaktion oder 10—11 Tage nach Impfung Phlyktänen der Kornea auftreten.

Verf. hat häufig wiederholte Impfungen vorgenommen (frühestens nach 8 Tagen). Dabei ergab sich, dass die nahegelegene primäre, bereits verschwundene Impfstelle wieder aufflammte. Bei enger Nachbarschaft der beiden Impfstellen zeigte die sekundäre Impfpapel einige Mal eine deutliche Tendenz, sich nach der primären Impfstelle hin auszudehnen. Häufiger wie nach der primären Impfung entstanden nach der sekundären Impfung die oben beschriebenen Knötchen. Oefters zeigte sich bei nahe gelegten Impfungen, dass selbst nach einem Zwischenraum von vielen Wochen die sekundären Impfpapeln sich grösser und erhebener entwickelten, wie die ersten. Zum Schluss bemerkt Verf. noch, dass er bei Kindern entschieden der kutanen Probe vor der konjunktivalen (Wolff-Eisner) den Vorzug geben möchte.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Rohleder: Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen. — Fischers medizinische Buchhandlung. Berlin 1907.

Das Werk ist aus einer Sammlung von Vorlesungen entstanden, welche Verf. über das Sexualleben gehalten. In der zweiten Auflage hat das Werk eine wesentliche Erweiterung gefunden. Der erste Band enthält das normale, anormale und paradoxe, der zweite Band das perverse Sexualleben. Ein dieses Gebiet zusammenfassendes wissenschaftliches Werk hat bisher nicht existiert, weshalb sich Verf. zur Aufgabe gestellt hat, die verschiedenen normalen, anormalen und perversen Erscheinungen der Vita sexualis zu schildern. Wen diese Fragen interessieren, findet in diesem ausführlichen Werk nähere Auskunft und Belehrung.

Lingen.

R. Kienböck: Radiotherapie. Verlag von F. Enke Stuttgart 1907.

Verf. bespricht anfangs die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut (radiochemische Hautreaktion) in ihren verschiedenen Stadien und Erscheinungen, dann auf die tiefer gelegenen Organe, wie Auge, Nervenapparat, Geschlechtsdrüsen, und auf die Entwickelung von Mensch, Tier und Pflanze.

In einem ausführlichen Abschnitt wird die radiotherapeutische Technik besprochen, die Regulierung der Lichtintensität, Spannung und Stromstärke, die verschiedenen Dosierungsmethoden (die «Tiefendose» und die «Radiosensibilität» des Gewebes), Blendschirme, Schutzdecken etc. Der letzte Teil ist der speziellen Radiotherapie gewidmet. Das Hauptfeld für diese sind die Hautkrankheiten, wie Alopecia areata, Hypertrichosis, Favus, Sykosis, Akne, Eczem, Psoriasis, Lupus. Alsdann gehören in das Bereich der Radiotherapie Tumoren, wie Epitheliome der Hautoberfläche, inoperable Karzinome der Mamma, Lippe etc. Dabei beobachtet man Schrumpfung des Gewebes, Einschränkung der Sekretion und Schmerzlinderung. Senn empfiehlt die myelogene und lymphatische Form der Leukämie mit Röntgenstrahlen zu behandeln. Es werden günstige Resultate berichtet, doch sind die Beobachtungen noch jungen Datums.

Im Anhang findet sich eine kurze Besprechung der Wirkung des Radiums.

Lingen.

J. Finckh: Das heutige Irrenwesen. Leitfaden für Angehörige und Pfleger von Geisteskranken. Mit 7 Abbildungen im Text. Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin), München 72 Seiten. Preis 2,50 Mark.

Das Laienpublicum hat nach wie vor fast immer falsche Vorstellungen über die Geisteskranken. Vorliegende Schrift, in leichtverständlicher Form abgefasst, will «in die weitesten Kreise des Volkes richtige Anschauungen über die Natur des Irreseins, die rechtzeitige Erkennung und Behandlung der Geisteskrankheiten, die zivil- und strafrechtliche, sowie die ganze soziale Stellung der Geisteskranken u. s. w.» hinaustragen, um dadurch zum Teil die grosse Menge dessen, was an Voreingenommenheit, Missverständnissen und Misstrauen gegen das gasammte Irrenwesen im Volke besteht, zu beseitigen. Der Stoff ist in folgende Kapitel geordnet: 1) Begriff geistiger Gesundheit und Krankheit, 2) Vortäuschung und Verheimlichung von Geisteskrankheit, 3) Der Geisteskranke in der Anschauung des Volkes, 4) Behandlung der Geisteskranken ausserhalb der Anstalt, 5) Behandlung derselben in der Anstalt, 6) Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken, 7) Die rechtliche Stellung der Geisteskranken, 8) Der Alkoholismus, 9) Der Selbstmord. — Zur Erreichung der vorgesteckten Ziele ist das Buch durchaus geeignet.

Michelson.

A. Hoche: Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze. Sammlung zwangsloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. VII. Band, Heft 8. Preis 0,75 Mark. Halle, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Die Hauptgesichtspunkte seiner Ausführungen fasst der Verfasser in folgenden Sätzen zusammen:

«1. Ein grosser Teil der Fälle von traumatischer Neurose wird durch die Unfallversicherungsgesetze erzeugt.

2. Diese Fälle heilen unter der Voraussetzung der jetzt bestehenden gesetzlichen Bestimmungen grösstenteils nicht, sind aber grundsätzlich als heilbar anzusehen.

3. Die Erfahrungen über die Art des Zustandekommens der nervösen Folgezustände nach Unfällen und allgemeine Erfahrungen aus dem Gebiet des Versicherungswesens überhaupt zeigen die Wege, auf denen dem tatsächlichen Notstande, der in der Zunahme der Unfallsneurosen gegeben ist, abzuhelfen sein wird.

4. Die notwendige und unaufschiebbare Reform der Unfallversicherungsgesetze muss sich, um diesen Zweck zu erreichen, auf folgende Punkte erstrecken:

a) Beseitigung aller vermeidbaren seelischen Schädlichkeiten im Entschädigungsverfahren (als solche führt Verf. an: Abkürzung des gesammten Verfahrens, Reduktion der Zahl der Untersuchungen, möglichst frühzeitige Uebernahme der Behandlung Unfallverletzter durch besonders hierfür geschulte Aerzte, das Vermeiden chikanöser und verletzender Kontrolle, das Vermeiden schlechter Behandlung durch subalterne Persönlichkeiten bei den Berufsgenossenschaften, eine Verlängerung der Fristen, binnen deren eine Anfechtung der Rente nicht möglich ist, Einführung eines Pauschquantums für Arzt und Apotheke, und namentlich ein Abschaffen der Kostenlosigkeit der Berufungen).

b) Regelung der Erziehung zur Arbeit (Einrichtung von Arbeitsnachweisen, Einstellung von Teilinvaliden zum vollen Lohn).

c) Ausdehnung der einmaligen Kapitalabfindung an Stelle des fortlaufenden Rentenbezuges».

Michelson.

Gurwitsch, A.: Atlas und Grundriss der Embryologie der Wirbeltiere und des Menschen. Mit 143 vielfarbigen Abbildungen auf 59 Tafeln und 186 schwarzen Abbildungen im Text. München 1907. J. F. Lehmanns Verlag.

In der Serie der Lehmann'schen Atlanten ist fraglos durch das Erscheinen des vorliegenden Werkes eine Lücke ausgefüllt. Heute mehr denn je wird der Mediziner ohne das Studium der Entwickelungsgeschichte nicht auskommen und zu richtigen körperlichen Vorstellungen, wie sie gerade die Embryologie fordert, bedarf es zahlreicher Abbildungen. Diese finden wir hier in reichem Maasse vertreten, während der kurzgefasste Text nur die notwendigste Vorstellung und die Erläuterungen dazu giebt. Zur Einführung und zum Studium der Grundlagen der Embrylogie ist dieser Atlas sehr geeignet, während zur Orientierung auf Spezialgebieten man grössere Werke wird heranziehen müssen.

Es wird der Atlas unter Studenten, wie unter Aerzten die für morphologische Fragen Interesse haben, viele Freunde finden.

Ucke.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1862 Sitzung vom 7./20. November 1907.

Anwesend 63 Mitglieder und als Gäste die Dr. Dr. Wendel und Maximowitsch. Eingelaufen das Programm des IV. Aerztetages am 11., 12., 13. November zu Reval. Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Schabert die Vidal'sche Reaktion in ihrer makroskopischen Form am Typhusserum. Er empfiehlt dieselbe besonders für den Betrieb in Krankenhäusern und Kliniken, weil sie leichter kontrollierbar ist: sie könne vom Hilfspersonal im Laboratorium angestellt und dem Arzt bei der nächsten Visite vorgelegt werden, während die mikroskopische Aglutinationsprobe in einem Tempo erledigt werden müsse. Die makrosk. sichtbare Agglutination ist weiter absolut beweisend, während bei der mikrosk. noch ein Schwanken im Urteil möglich ist und drittens werde sie von Stunde zu Stunde deutlicher und daher sicherer, während die mikroskopische Untersuchung je länger sie währe, ein um so unsichereres Resultat gäbe (durch Verdunstung des hängenden Tropfens).

Dr. von Sengbusch demonstriert einen Patienten, der am 24. Juli eine relativ leichte Verletzung der l. Hand sich zugezogen hat, es hatte sich um Schnittverletzungen der 3 letzten Finger der linken Hand gehandelt. Die Nägel waren an ihrer Basis durchschnitten und die Weichteile der Fingerkuppen abgeschnitten. 30. August kam er in seine Behandlung zur Massage, die Grundgelenke der Finger waren frei, die interphal. Gelenke versteift, 8 Tage darauf erkrankte er mit Schüttelfrost, hohem Fieber, letzteres hielt ca. 8 Tage an, sofortige heftige Arm- und Handschmerzen linksseitig, und starke Schwellung, es liess sich eine heftige Angina nachweisen. An der Hand bildeten sich 5 nekrotische Stellen und zwar auf dem dorsum genau entsprechend den Abzweigungen der Arterien für die einzelnen Finger, die necrot. Stelle zwischen Daumen und Zeigefinger stiess sich nach ca. 8 Tagen ab und heilte gut. Die anderen Stellen haben sich schon mehrfach gereinigt, d. h. grosse necr. Pröpfe sind abgestossen worden, es bilden sich aber stets von neuem an derselben Stelle Necrosen und kommt es nicht zur Heilung. Zum Glück sind die Sehnen nicht in Mitleidenschaft gezogen. Der Fall könnte aber zu Schwierigkeiten Anlass geben, da es ein Unfallpatient ist und diese Schädigung obgleich entschieden mit einer sept. Angina in Zusammenhang stehend — die früher beschädigte Hand betroffen hat. Eine eventuelle Schädigung der Gefässe und dadurch veranlassendes Moment zur Erkrankung müsse ja wohl auch bei der Begutachtung zugegeben werden.

Punkt I der Tagesordnung: Dr. Schröder hält seinen Vortrag «Ueber Schmerzen bei manisch-depressivem Irresein.» (Erscheint im Drucke.)

In der Discussion führt Dr. Tiling aus, dass in dem Vortrage von Dr. S. zum ersten Mal durch scharfe Beobachtung und fleissige Sammlung von Tatsachen das Symptom der diffusen Schmerzen im Kopf, den Extremitäten und anderen Körperteilen als wichtiges und sehr häufiges Symptom im Verlauf des manisch-depressiven Irreseins festgestellt worden sei. Indem die Wissenschaft sich diese Erfahrung aneignen werde, würden sich aus diesem neuen Symptom leicht weitere wichtige Schlüsse über Abgrenzung und Wesen dieser Krankheitsform ziehen lassen. Die Schmerzen seien ganz anderer Art als die früher von Schüle beschriebenen neuralgischen bei gewissen Psychosen.

Dr. Hampeln bemerkt, dass ihm die Arbeit Schr. nach 2 Richtungen interessant erscheint. Einmal zeigt sie wieder, wie bei ganz bekannten Krankheiten eigentümliche Merkmale dennoch lange Zeit unbeachtet bleiben können, bis sich endlich einer findet, der sie aus diesem Stadium des Unbeachtetseins befreit. Das hat in diesem Fall Schr. mit seinem Hinweis auf die bei manisch-depressiven Zuständen auftretenden quälenden Schmerzen, besonders der Extremitäten getan. H's besonderes Interesse erregt die Arbeit aber auch darum weil er in seiner Praxis seit nun ca. 35 Jahren, einen von Spezialkollegen oft beurteilten Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, in dem dieser Extremitäten- und Rumpfschmerz zwischen den regelmässig alljährlich wiederkehrenden ganz typischen Depressionszuständen, eine Hauptklage bildete, die keine ihn befriedigende Erklärung fand. Durch die Mitteilung Schr's scheine ihm die Natur auch dieses Falles aufgeklärt zu sein. Die Schmerzen erreichten oft Nachts einen hohen Grad, waren durch keinerlei Beruhigungsmittel zu beseitigen und wurden allein durch Umschläge während der Nacht gelindert. Noch eines zweiten auffallenden Symptomes, das aber nicht so regelmässig auftrat, wolle er erwähnen, das waren starke Schweisse, gleichfalls vorzüglich nachts, sodass, wie Pat. sich ausdrückte, die Wäsche gewechselt werden musste. Eigentlich hysterische Merkmale lagen bei dieser sonst sehr gesunden Frau nicht vor. Der sozusagen psychogene od. centrale Charakter der Schmerzen zeigte sich auch darin, dass bei Ablenkung der Aufmerksamkeit anscheinend keine Schmerzen erzeugt wurden und dass die Patientin über die Schmerzen eigentlich mehr, wenn auch im Superlativus, objektiv referierte als subjektiv klagte. Sie sprach von den «furchtbaren» Schmerzen mit heiterem Gesichtsausdruck.

Dr. Büttner: Ich möchte den Collegen Schröder befragen, ob unter den Anfällen von Migräne, deren Vorkommen er bei seinen Kranken beobachtet hat, gelegentlich auch vollausgesprochene Anfälle mit Aura und mit erleichterndem Erbrechen gegen Ende der Anfälle vorkamen? Oder handelte es sich ausschliesslich um Kopfschmerzen, welche mit der Migräne nur die Periodicität und die Halbseitigkeit des Schmerzes gemein hatten, welche Anfälle dann mit der eigentlichen Migräne ja nichts zu tun hätten?

Zu dem vom Collegen genauer beschriebenen Falle möchte ich sagen, dass die Periodicität der Magen-Erscheinungen ja wohl durchaus für die neurogene Natur derselben zu sprechen scheint, umsomehr als zugleich periodische psychische Erkrankung vorlag. Welcher Art freilich diese periodischen Magen-Erscheinungen waren, ob es sich dabei um etwas Aehnliches wie gastrische Krisen oder um periodisches Erbrechen oder um periodische Hypersecretion oder um andere periodisch auftretende Erscheinungen des Magens gehandelt haben möge, geht aus der Krankengeschichte nicht hervor, da die diesbezüglichen Angaben zur Beurteilung dieser Frage nicht ausführlich genug sind.

Dr. Ed. Schwarz erkundigt sich nach dem Verhalten des Harnes.

Dr. Schröder entgegnet, dass er die Kopfschmerzen nicht als symptom. Migräne auffasst, Erbrechen schloss den Anfall nicht ab. Der Harn sei chemisch nicht regelmässig von ihm untersucht worden, einen Zusammenhang der Beschwerden mit der Gicht hält er für ausgeschlossen. Er macht auch darauf aufmerksam, dass z. B. die Gicht bei Männern sehr viel häufiger sei, während umgekehrt das manisch-depress. Irresein bei Frauen häufiger zu beobachten sei.

Dr. von Holst: Zum Vortrage von Dr. Schröder. An die interessanten und neuen Beobachtungen Dr. Schröders reihen sich die Fälle von Ebstein — Goettingen und Lange — Kopenhagen, die an eine gichtische Grundlage bei ihren deprimierten Kranken glaubten, während Kraepelin und Willmanns auch diese Fälle dem manisch-depressiven Irresein zugezählt haben. Ueber Schmerzen bei derartigen Kranken könnte er nur wenig berichten, dagegen habe er eine ganze Reihe beobachtet, bei denen das Depressionsstadium von dyspeptischen Beschwerden begleitet oder gar verdeckt war. Als besonders charakteristisch erscheine ihm das Leiden eines Kollegen, der seit 18 Jahren in annähernd gleichmässigen Zeiträumen von Verdauungsbeschwerden aller Art befallen wurde, die sein Interesse ganz absorbierten und ihn völlig arbeitsunfähig machten. Alle Kuren erwiesen sich als nutzlos und jetzt, seitdem er sich von der psychischen Grundlage seiner zeitlich begrenzten Stimmungswechsel und ihrer dyspeptischen Begleiterscheinungen überzeugt hat und in Folge dessen keine Magenkuren mehr anwendet befindet er sich eher besser als zuvor, wo die Erfolglosigkeit aller therapeutischen Versuche ihn entmutigte.

Dem schliesst sich Dr. Sokolowsky voll an.

Es lässt sich annehmen, dass sich an der Hand der besprochenen Frage die Diagnose des manisch-depress. Irreseins eine wesentliche Förderung erfahren könnte. In letzter Zeit ist die Grenze zwischen man.-depress. Irresein und d. dementia praecox stark verwischt worden. Dr. Schröder hat das Verdienst die Tatsache der Schmerzen bei man. depress. Irresein als Erster zusammenfassend behandelt zu haben.

Dr. v. Engelhardt. Der Symptomenkomplex der cirkulären Psychosen ist kein bestimmt abgegrenzter. Der Internist ist häufig in der Lage eine gewisse Periodicität nervöser Erkrankungen zu sehen, bei denen die psychischen Symptome kaum angedeutet sind, wohl aber die Schmerzen einen ähnlichen Charakter aufweisen, wie die vom Vortragenden geschilderten. Die Schmerzen sind, wie der Vortr. hervorhob, nicht wie die Neuralgien auf den Verlauf eines Nerven beschränkt: es schmerzt der Kopf, der Magen, Arm od. Bein. Solche Schmerzen kennen wir als Symptom von Gefässerkrankungen (auch mit Vertaubung auftretend). Und gerade bei diesen sehen wir eine auffallende Periodicität. Ob der Sympathicus dafür verantwortlich gemacht werden darf, erscheint wahrscheinlich, ist aber noch nicht erwiesen. Wenn aber die Magenschmerzen mit Hyperacidität verbunden sind und periodisch auftreten, dürfte wohl der Sympathicus daran Schuld sein. Es ist doch nicht von der Hand zu weisen, dass Cirkulationsschwankungen ebensowohl die Periodicität der

psychisch depressiven und manischen Zustände hervorrufen können, wie die zeitweise auftretenden Schmerzattaquen (auch mit Erbrechen). Dennoch erscheint es mir nicht ungerechtfertigt, neben allgemeinen hydriatischen Proceduren auch das speziell von Schmerzen befallene Organ zu behandeln. Die leichte Form der cirkulären Psychose gehört nicht eo ipso zur Domäne des Irrenarztes. Wenn wir einem solchen Patienten jeden intensiveren Reiz vom Magen fernhalten, ihn ev. leichte Karlsbader Kuren brauchen lassen, so gibt sich die Uebererregbarkeit der Magennerven. Auch die Diät ist von Einfluss.

Dr. Büttner: Zur Frage, ob die periodisch auftretenden pathologischen Magen-Erscheinungen in Fällen von periodischen Geisteskrankheiten das Primäre darstellen können, was gewissermassen die psychische Störung zur Folge haben sollte, muss ich mich ablehnend verhalten, wie es auch Dr. Schröder tat. Ich stelle mir aber die Sache so vor, dass auch die Magen-Erscheinungen nicht von der Geistesstörung abhängig zu sein brauchen, sondern dass es sich in diesen Fällen um ein gleichzeitiges oder auch zeitlich getrenntes Befallenwerden sowohl der psychischen Centren, als auch der Centren, die den verschiedenen Funktionen des Magens vorstehen, respective Beziehungen zu denselben haben, handelt; dass es sich also um ein «Nebeneinander» handelt. Und zwar dürften diese Centren des Centralnervensystems von einer und derselben Noxe betroffen werden, über deren Natur wir allerdings vollkommen im Unklaren sind. Den eigentlichen locus morbi möchte ich jedenfalls bei den periodischen Magen-Erscheinungen nicht in die Peripherie — im Magen selbst oder in den peripheren Abschnitten seines Nerven-Apparates — suchen, sondern in Centren, im Secretions-Centrum oder im Brechcentrum, oder in anderen Centren, welche zu den Magen-Functionen in irgend welcher Beziehung stehen. Ich glaube, dass wir überhaupt bei den ausgesprochen periodischen Krankheiten des Magens und auch anderer Organe immer mehr dazu kommen, den locus morbi in den Centren und nicht in der Peripherie des betreffenden Nervenapparates zu suchen. Damit soll nicht die Möglichkeit bestritten werden, dass etwaige periphere organische Veränderungen die Rolle eines praedisponirenden Momentes beim Zustandekommen des Anfalles spielen können, denn Centren und Peripherie stehen in ständigen Wechselbeziehungen zu einander.

Dr. Tiling: Gegen Dr. v. Engelhardt bemerkt er, die geschilderten Schmerzen könnten nicht auf vasomotorische, überhaupt Circulationsstörungen zurückgeführt werden, denn erstens träten sie meist später zu den übrigen Symptomen des manisch-depr. Irreseins hinzu und II. liesse sich ihre wechselnde Ausbreitung sowie ihr periodischer Verlauf nur auf Reizung und Schwächung des Centralorgans beziehen.

Dr. Hampeln schliesst sich T. Auffassung an, dass Gefässanomalien, Sclerosen, Vasoneurosen oder gichtische Einflüsse zur Erklärung dieser Schmerzen nicht herangezogen werden können. Ihr Charakter und ihre Ausbreitung spräche dagegen. In seinem Falle erwiesen sich alle anderen Systeme als ausserordentlich gesund, es bestanden allerdings leichte gichtische Zeichen an Finger und Zehen, ohne dass daraus auf die gichtische Natur der diffusen Schmerzen geschlossen werden dürfe. Auch sei der Harnbefund in solchen Fällen vieldeutig, d. h. uratreiche Harne beweisen keine Gicht und andererseits sei gerade bei typischer Gicht der Harn oft normal und weise keine vermehrte Harnsäure auf. In seinem beobachteten Fall war der Harn ebenso wie die Verdauung stets völlig normal.

Dr. von Sengbusch.
d. Z. Sekretär.

1863 Sitzung vom 21. November (4. Dezember) 1907.

Anwesend 57 Mitglieder, als Gäste die Dr. Dr. Mende, Sarfels, Brennson, Pincker.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Eliasberg einen Pat. mit luet. Primäraffect und voll ausgebildetem Exanthem.

Dr. Sarfels als Gast hält seinen angekündigten Vortrag über die Spondylitis tuberculosa.

In klarer prägnanter Form bespricht Redner die einzelnen Formen und den verschiedenen Sitz der Erkrankung und nachdem er in den einleitenden Worten die Allgemeinbehandlung des Patienten besprochen geht er zur speziellen Behandlung desselben über, deren Haupterfordernis in Ruhelagerung und Entlastung der erkrankten Wirbelpartien gipfelt. Er zeigt einige Kinder in verschiedenen Gypsverbänden bei Hals- Brust- und Lendenwirbelerkrankung und auch ganz vortrefflich gearbeitete Gypsbetten und Celluloidhülsenapparate. Auch die fehlerhafte Construction eines Ledercorsettes ohne Stütze auf den Hüftkämmen und der Stoffkorsette ohne genügende Stützpunkte werden erwähnt. Eine Reihe Photogramme und Präparate von Wirbelerkrankungen vervollständigen den interessanten Vortrag, in dem auch das verständliche Bedauern ausgedrückt wurde, dass es bei uns an den Strandorten, deren Klima sich speziell für die Knochentuberculose so überaus eigne noch kein Sanatorium für derartige Patienten gäbe. (Die Arbeit erscheint in d. Petersb. Med. Zeitschrift.)

Dr. Böhlendorff, der mit den Ausführungen übereinstimmt, meint dass Ruhelage doch nur im festen Gypskorsette zu erreichen sei, ein Wechsel des Hemdes, der Reinlichkeit wegen, sei bei Anwendung eines Tricotstoffes möglich, nach Annähen des reinen Stückes, werde das alte nach unten hin ausgezogen. Die Hauptsache sei die frühzeitige Diagnose der Spondylitis, bei dann sofort angelegtem Gypscorsette sei die Gefahr einer Gibbusbildung keine grosse.

Dr. Paul Klemm: Wichtig sei natürlich, ebenso wie bei jeder anderen Tuberculose der Knochen und Gelenke eine frühzeitige Diagnose und die sofortige Ruhigstellung. Die Wirbelkörper müssen so lange wie möglich entlastet werden, nebenbei käme aber der Aufenthalt in frischer Luft und gute Ernährung als wesentlich hinzu, ersteres sei wohl wie Vortragender gezeigt hat in allen Fällen möglich, letzteres leider nicht. Ein Ausgleich der Difformität sei nur möglich in frühzeitigen Fällen, wo noch keine Consolidation eingetreten, erreicht man doch noch etwas. Die Versuche die schon eingetretene Verkrümmung durch Auseinanderbreiten der Winkel auszugleichen, sei ein Fortschritt der Prinzipien der Behandlung, wie sie schon von Volkmann und König mustergültig aufgestellt seien.

Dr. Sokolowsky bestätigt die Ansicht des Vortragenden, der das Urteil der Neurologen darüber sich erbeten, dass bei der Myelitis transversa mit Unterbrechung der Leitung zum Hirn eine Faradisation der Muskulatur wohl vollkommen aussichtslos sei.

Dr. von Sengbusch.
d. Z. Sekretär.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Am 10. Mai beging hier der langjährige Polizeiakkoucheur und ältere Ordinator am Obuchowhospital, Dr. Boris Janpolski, das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit. Bei dieser Gelegenheit wurde ihm von den Kollegen und Dienstgenossen am Obuchowhospital ein kostbares Jeton dargebracht. Der Jubilar ist im Jahre 1835 geboren.

— Der verabschiedete Arzt wirkl. Staatsrat Dr. Luppian ist wieder in den Dienst gestellt worden, unter Bestätigung als Vizepräsident des Mediko-Philanthropischen Komitees auf drei Jahre.

— Ausländische Orden. Den ordentlichen Professoren der militär-medizinischen Akademie, Geheimrat Dr. Rein und wirkl. Staatsrat Dr. Botkin, ist Allerhöchst gestattet worden, das ihnen verliehene Komturkreuz I. Klasse des Hessischen Ordens Philipps des Grossmütigen mit der Krone anzunehmen und zu tragen.

— Der Oberarzt des Taschkentschen Militärhospitals, Staatsrat Dr. Wosskressenski, und der Brigadearzt der 5. turkestanschen Schützenbrigade, Staatsrat Dr. Robert Piper, sind einer auf den Posten des anderen versetzt worden.

— Der frühere St. Petersburger Arzt und gegenwärtige Privatdozent der Universität Greifswald Dr. Georg Voss ist, dem «Reg.-Anz.» zufolge, mit seinen drei Kindern aus dem russischen Untertanenverbande entlassen worden.

— Ordensverleihungen: Der St. Annenorden II. Klasse — dem ausseretatm. Arzt an der ambulatorischen Heilanstalt der Hlg. Dreifaltigkeitsgemeinschaft barmherziger Schwestern, Staatsrat Dr. Wilhelm Beckmann, und dem etatmässigen Spezialisten der Heilanstalt der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Sachsen-Koburg-Gotha, Staatsrat Dr. Joseph Felser. Der St. Stanislausorden II. Klasse — dem Assistenten der Klinik „Wylie und Privatdozenten der militär-medizini-

schen Akademie, Dr. Alexander Redlich, und dem Leiter der stationären Abteilung der Maximilianheilanstalt, Dr. S. Goldberg.

— An die Stelle des vor kurzem verstorbenen Dr. R. Meywald ist Dr. Russow aus Dorpat als Arzt für Frauen- und innere Krankheiten in die Weisesche Badeanstalt in Arensburg eingetreten.

— Als Wendenscher Kreisarzt ist der bisherige Gefängnisarzt Dr. Johann Plath, welcher in der letzten Zeit den zurückgetretenen langjährigen Kreisarzt Dr. P. Gäthgens vertrat, bestätigt worden.

— Der Prof. ord. der speziellen Pathologie und Therapie an der Universität Kiel Dr. Heinrich Quincke wird am 1. Oktober d. J. sein Amt als Direktor der medizinischen Klinik niederlegen. Prof. Quincke steht gegenwärtig im 66. Lebensjahre.

— Der Professor der orthopädischen Chirurgie in München ist zum Nachfolger Prof. Hoffas auf dem Lehrstuhl für Orthopädie berufen worden, soll aber bereits den Ruf abgelehnt haben.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) In Simferopol der Stadt- und Gefängnisarzt Dr. Grigori Rajewski im Alter von 55 Jahren nach fast 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er ist bei Erfüllung seiner Amtspflichten im örtlichen Gefängnis von den Arrestanten ermordet worden. 2) Am 3. Mai in Kaluga der dortige Gouvernements-Medizinalinspektor, Staatsrat Dr. Wladimir Schtschepetow, im 50. Lebensjahre an Apoplexie. Der Hingeschiedene hat seit 1883 die ärztliche Praxis ausgeübt. 3) In Jekaterinodar der Assistent des dortigen Stadthospitals Dr. Nikolai Sokolow am Flecktyphus im 28. Lebensjahre. Der Verstorbene war in Jekaterinodar geboren und hatte seine medizinische Ausbildung in der Moskauer Universität erhalten. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1903 bekleidete er den Posten des Stadtarztes in Temrjuk, siedelte aber schon nach einem Jahre in seine Vaterstadt über, wo er als praktischer Arzt und Assistent am Stadthospital tätig war. In den letzten Jahren fungierte er auch als Sekretär der Kubanschen medizinischen Gesellschaft. 4) In Jekaterinodar am 2. April die Aerztin Marie Salenski am Flecktyphus im 32. Lebensjahre. Sie war erst vor 3 Wochen in der Typhusabteilung des Stadthospitals angestellt worden. Die Verstorbene war die Tochter eines Landschaftsarztes und hatte nach Absolvierung des Kursus an dem weiblichen medizinischen Institut in Petersburg (i. J. 1903) im Landschaftsdienste in den Gouvernements Wjatka und Jaroslaw gestanden. 5) In Jekaterinodar am 15. April der dortige Sanitätsarzt Dr. Georg Michailopulo am Flecktyphus im Alter von 43 Jahren. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Universität Kiew, an welcher er 1893 den Arztgrad erlangte. Im nächsten Jahre trat in den Dienst der Stadt als Sanitätsarzt, welchen Posten er bis zu seiner Erkrankung inne hatte. 6) Am 8. April in Philadelphia Dr. W. D. Gross an Pyämie, die er sich bei der Ausführung einer geburtshülflichen Operation zugezogen hatte.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Mit der Untersuchung der Lehrtätigkeit des Professors Kossorotow, der an der militärmedizinischen Akademie gerichtliche Medizin vorträgt, soll, wie die Tagesblätter erfahren, der Kriegsminister eine Kommission von Professoren der Akademie beauftragt haben.

— Das Ministerium der Volksaufklärung hat, der «Now. Wr.» zufolge, den Direktor des weiblichen medizinischen Instituts von der Einführung neuer Aufnahmebedingungen für die Zuhörerinnen in Kenntniss gesetzt. Nach diesen neuen Regeln werden, ausser dem Ergänzungsexamen in der lateinischen Sprache, noch Prüfungen in der russischen Sprache (schriftlich), in der Mathematik, Physik und in einer der neuen Sprachen eingeführt. Die Ergänzungsprüfungen in allen diesen Fächern müssen innerhalb einer Session abgelegt werden.

— Die Tätigkeit der militär-medizinischen Akademie im Jahre 1907. Zum 1. Januar 1907 betrug die Gesamtzahl der Studierenden der Akademie 908 und die Zahl der freien Hörer 32. Von diesen verliessen im Laufe des Jahres 1907 die Akademie 241 Studierende und 15 freie Zuhörer und wurden neu aufgenommen 187 Studenten und 5 freie Zuhörer. Die Zahl der ordentlichen und ausserordentlichen Professoren betrug zu Beginn des Jahres 1907 — 32, die Zahl der Privatdozenten — 103. Das Arztexamen bestanden im Februar 1907 — 55 Studenten der Akademie und 16 Externe, sowie im November — 87 Studenten und 17 Externe. Von den 142 Studenten der Akademie, welche den Arztgrad erlangten, waren 107 Kronsstipendiaten. Ueberhaupt hat die mil.-med. Akademie im vorigen Jahre 203 gelehrte Grade und Würden erteilt, und zwar die Würde eines Dr. med. — 84 Personen, eines Kreisarztes — 1 Person, eines Mag. pharm. — 5 Personen, den Grad eines Provisors — 3 Personen, eines Zahnarztes — 43 Personen, eines Dentisten — 5 Personen, eines Apothekergehülfen — 61 Personen und einer Hebamme — 1 Person.

Standesangelegenheiten.

— Die Aerztinnen an den Eisenbahnen. Der Minister der Wegekommunikation hat verboten, künftighin Aerztinnen an den Eisenbahnen anzustellen, sowohl an den Bahnlinien selbst wie auch als Leiterinnen der Eisenbahnhospitäler, da eine der Hauptaufgaben der Eisenbahnärzte in der Untersuchung aller in Dienst tretenden Leute sowie in periodischer Besichtigung der niederen Angestellten, die fast durchweg Männer sind, besteht und die Situation der Aerztinnen bei diesen Untersuchungen und Besichtigungen eine recht heikle ist. Dagegen wird empfohlen, Aerztinnen in den speziellen Frauen- und Kinderabteilungen der Eisenbahnhospitäler sowie in den Verwaltungen und Ambulatorien, wo sie mehr die Familien der Eisenbahnangestellten zu behandeln haben, anzustellen.

— Der Gouverneur von Twer hat den Landschaftsarzt Dr. Alexander Scharapow in Kimry (Gouv. Twer) seines Amtes entsetzt und zur gerichtlichen Verantwortung gezogen, weil dieser den bekannten Brief des Expriesters Petrow an den Metropoliten Antonius öffentlich vorgelesen hat.

— Die Landschaftsärztin Marie Ssertschewskaja ist von der Odessaer Gerichtspalate für Verbreitung von Proklamationen unter den Kranken des Landschaftshospitals im Flecken Festerowo (Kreis Odessa) zu einem Jahr Festungshaft, unter Anrechnung von 4 Monaten der Untersuchungshaft, verurteilt worden.

— Ein Opfer des Flecktyphus sind in Jekaterinodar im Laufe von drei Wochen drei Aerzte (Dr. Nikolai Sokolow, die Aerztin Marie Salenski und Dr. Georg Michailopulo) kurz nacheinander geworden. Im ganzen sind in Jekaterinodar, wie dem «R. Wr.» von dort mitgeteilt wird, während dieser Typhusepidemie nicht weniger als 6 Aerzte (von denen Dr. Nowizki, Dr. Popow und Dr. Bjelicki genesen sind), 7 barmherzige Schwestern, 2 Feldscher und 2 Feldscherinnen erkrankt. Die Nekrologe der obengenannten drei Aerzte finden die Leser in der heutigen Nummer an der betreffenden Stelle.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— In der Jahresversammlung der hiesigen Russischen Pirogow-Gesellschaft wurden in den Vorstand für das nächste Vereinsjahr gewählt: Dr. A. Trojanow — zum Präses, Prof. Dr. Heinr. Turner — zum Vizepräses, Dr. W. Senenko — zum Kassierer, Dr. Peter Buchmann und Privatdozent Dr. N. Petrow — zu Sekretären und Dr. N. Wichrew — zum Bibliothekar und Konservator.

— Die Tschenstochauer Gesellschaft der Aerzte hat für das Jahr 1908 zum Präses — Dr. W. Bjeganski, zum Vizepräses — Dr. Wrzesniowski und zum Sekretär — Dr. L. Batavia gewählt.

— Das erneute Gesuch des Vorstandes der Moskauer Pirogow-Gesellschaft um Genehmigung zur Einberufung eines Kongresses für Fabrikmedizin und Sanitätswesen ist wieder abschlägig beschieden worden.

— Der I. Kurländische Aerztetag in Mitau ist recht zahlreich besucht gewesen; es hatten sich, mit den Gästen aus den Schwesterprovinzen Livland und Estland zusammen, gegen 80 Aerzte dort zusammengefunden. Zum Versammlungsort des nächsten Aerztetages wurde Libau bestimmt. Die Vorstandswahlen für den II. Aerztetag ergaben folgendes Resultat: Zum

Präses wurde — Dr. Zoepffel-Libau, zum Vizepräses — Dr. Sadikoff-Talsen, zum I. Schriftführer — Dr. Falk-Libau, zum II. Schriftführer — Dr. Tantzscher-Mitau und zum Kassaführer – Dr. Stender-Libau gewählt. Zu Ehren der versammelten Aerzte veranstaltete die Stadt Mitau am Abend des ersten Sitzungstages einen Rout.

— Eine internationale Vereinigung zur Krebsforschung ist am 10./23. Mai zu Berlin unter reger Beteiligung des Auslandes begründet worden. Vertreten waren Deutschland, Dänemark, Frankreich, Italien, Japan, Oesterreich, Schweden, Spanien, Ungarn, Russland und die Vereinigten Staaten; auch von Griechenland und Portugal waren Vertreter angemeldet. Zum ständigen Ehrenvorsitzenden wurde — Prof. v. Leyden, zum Ehrenvorsitzenden -- Prof. Czerny gewählt. Zu stellv. Vorsitzenden wurden Prof. Pierre Marie-Paris und Fibiger-Kopenhagen und ein Vertreter der Vereinigten Staaten, zum Schatzmeister Geheimrat Hansemann, zum Generalsekretär Professor Dr. George Meyer gewählt. Den geschäftsführenden Ausschuss bilden ausser den Genannten die Professoren Golzi-Paris, v. Hochenegg-Wien und Podwyssotzki-Petersburg.

Verschiedene Mitteilungen.

— Rotes Kreuz. Nach dem in der Jahresversammlung des Russischen Roten Kreuzes am 18. Mai verlesenen Bericht betrugen im verflossenen Jahre die Einnahmen 1,800.000 Rbl. und die Ausgaben 1,400,000 Rbl. Zur Unterstützung der Hungerleidenden sind über 700,000 Rbl. verausgabt worden. In der Kasse der Hauptverwaltung befanden sich zum Mai d. J. ca. 12 Millionen Rubel.

— In Moskau ist eine Gesellschaft für schnelle ärztliche Hülfe ins Leben getreten. Zum Präses derselben ist der Gouvernements-Medizinalinspektor Dr. Ssulima gewählt worden.

— Am 7. Juli d. J. begehen die Petersburger städtischen Gebärasyle das 25-jährige Jubiläum ihres Bestehens.

— Am 20. Mai wurde die Kursaison in Kemmern bei günstigem Wetter eröffnet.

— Die Narsanquelle in Kisslowodsk scheint unrettbar verloren zu sein. Wie der Direktor der kaukasischen Mineralquellen dem Bergdepartement berichtet, hat sich bei Ausführung der Kaptagearbeit an der Narsanquelle ein neuer Abfluss des Wassers gebildet, so dass alle Remontearbeiten vergeblich gewesen sind und man daher zweifelt, dass es überhaupt gelingen wird, die Narsanquelle zu retten.

— Den Erreger des Flecktyphus glauben drei junge Aerzte der Budapester medizinischen Klinik, Dr. E. Kromprecher, Dr. Max Goldzieher und Dr. Joh. Angyan, entdeckt zu haben. Es gelang ihnen, durch mühsame Untersuchungen an Flecktyphuskranken und Leichen festzustellen, dass der Erreger dieser Geissel der Menschheit ein Protozoon ist, das grosse Aehnlichkeit mit dem Malariaerreger hat und wie dieser einen Zwischenwirt braucht, der die Uebertragung auf den Menschen vermittelt. Während es aber bei der Malaria Moskitos sind, ist es beim Flecktyphus das häusliche Ungeziefer. Dadurch wird es auch erklärlich, dass die Krankheit meist nur unter dürftigen Lebensverhältnissen vorkommt.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. Mai d. J. 11921 (31 mehr als in der Vorwoche), darunter 1446 Typhus — (15 wen.), 789 Syphilis — (59 mehr), 184 Scharlach — (7 mehr), 191 Diphtherie — (5 mehr), 150 Masern — (35 mehr), und 133 Pockenkranke — (19 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 27. April bis 3. Mai d. J. im ganzen 1068, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 38, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 10, Masern 77, Scharlach 16, Diphtherie 21, Croup 0, Keuchhusten 11, Kroupöse Lungenentzündung 41, Erysipelas 5, Grippe 9, Katarrhalische Lungenentzündung 141, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 288, Anthrax 0, Hydrophobie 2, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 21, Tuberkulose der Lungen 131, Tuberkulose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 72, Marasmus senilis 40, Krankheiten des Verdauungskanals 123, Totgeborene 47.


Natürliches Mineralwasser
VICHY ETAT
VICHY
VICHY ETAT
Die Quellen gehören der Französischen Regierung.
Man hüte sich vor Nachahmungen und BEZEICHNE GENAU DIE QUELLE
VICHY CÉLESTINS
Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.
VICHY GRANDE GRILLE
Leber- u. Gallenblasen-Krankheiten.
VICHY HOPITAL
Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens u. der Därme.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 22 St. Petersburg, den 31. Mai (13. Juni). **1908.**

Dr. R. Wanach ist bis zum 20. Juli verreist und bittet, sich bis dahin in Redaktionsangelegenheiten an Herrn Dr. F. Dörbeck (СПБ. Адмиралтейскій каналъ, д. 15, кв. 7) zu wenden.

Ueber die bakteriologische Diagnose des Ileotyphus.

Von
Dr. Blacher.

Vortrag, gehalten auf dem IV. Estländischen Aerztetage zu Reval 1907.

Es dürfte als anerkannte Tatsache gelten, dass die Diagnose einer Infektionskrankheit erst dann gesichert ist, wenn der Infektionserreger in virulentem Zustande im Körper oder in dessen Ausscheidungen gefunden ist; daher ist es verständlich, dass die Bakteriologie seit ihrer Entstehung unter anderem auch darauf ausging, die für die Infektionen verantwortlichen Keime festzustellen und praktisch anwendbare Methoden zu ihrer Ermittelung auszuarbeiten. Für einige ansteckende Krankheiten ist diese Aufgabe mehr oder weniger geglückt, bei anderen haben die Bestrebungen zum Teil oder ganz versagt.

Beim Ileotyphus ist der Infektionserreger zwar bekannt, doch fehlte es bis jetzt an einer der Praxis leicht zugänglichen Methode, ihn in allen Fällen der Krankheit zu ermitteln; da nun in den letzten Jahren in dieser Hinsicht ein bedeutender Fortschritt zu verzeichnen ist, so dürfte eine Besprechung der bakteriologischen Untersuchungsmethoden speziell bei Typhus, wie sie uns in den neuesten Arbeiten entgegentreten, ihre Berechtigung haben. Vorher möchte ich noch erwähnen, dass sich unsere Anschauungen über den sog. Abdominaltyphus in letzter Zeit verändert haben. Wir sehen in ihm nicht, wie früher, eine streng abgegrenzte Krankheit, sondern nur ein „Symptomenkomplex", mit anderen Worten: das klassische Schulbild des Abdominaltyphus umfasst mehrere, äthiologisch von einander streng zu scheidende, Krankheiten, deren Urheber Bazillen sind, die zu der bakteriologischen Gruppe des Typhusbazill gehören und die sich durch kulturelle und biologische Eigenschaften von einander unterscheiden; unter ihnen findet man am häufigsten den Eberth'schen B. typhi und den B. paratyphi B, bedeutend seltener den B. paratyphi A und allenfalls den Gärtner'schen Fleischvergiftungsbazill. In neuester Zeit ist noch ein B. metatyphi beschrieben worden. Die Differentialdiagnose dieser einzelnen Krankheitsarten ist nur der bakteriologischen Untersuchung zugänglich.

Zur bakteriologischen Untersuchung zwecks Diagnose des typhösen Prozesses würde als Untersuchungsmaterial fast ausschliesslich der Typhusstuhl und das einer Vene entnommene Blut in Betracht kommen.

Zur Untersuchung der Typhusstühle werden Faeces mit etwas Wasser verrieben und auf Platten aus Lakmusnutroseagar verteilt. Nach 12—24 stündigem Aufenthalt im Thermostaten werden die sich entwickelnden Kolonieen auf etwa vorhandene Typhuskolonieen untersucht. Auf der genannten Agarsarte unterscheiden sich die Typhuskolonieen durch Farbenreaktion so z. B. wächst Typhus-blau, B. coli-rot, doch trotzdem ist ihr Auf-

finden unter der Masse der anderen Darmbazillen sehr beschwerlich und verlangt grosse Uebung. Ausserdem findet man Bazillen im Stuhle nur in etwa 50% aller Typhusfälle; daher haben sich diese Untersuchungen in der Praxis nicht allgemein einbürgern können.

Anders steht es mit der bakteriologischen Blutuntersuchung, welche in der letzten Zeit die Typhusdiagnose sehr gefördert hat; sie ist praktisch leicht auszuführen und verdient wegen ihrer vielen Vorzüge vor den anderen Untersuchungsmethoden näher besprochen zu werden.

Das Prinzip der Methode ist folgendes: Das aus den Blutgefässen austretende Blut besitzt bakterizide Eigenschaften, d. h. es enthält gewisse Substanzen, welche die in dem Blute eventuell anwesenden Bazillen schädigen und auflösen. Um also Bazillen aus dem Blute zu züchten, muss diese bakterizide Eigenschaft des Blutes paralysiert werden. Im vorigen Jahre fand Conradi, dass die Galle diese Eigenschaft besitzt und dass sie zugleich ein guter Nährboden für Typhusbazillen ist; daher fing er das den typhösen Kranken durch Venenpunktion entnommene Blut in Ochsengalle in einer Proportion von 1:3 auf und erhielt auf diese Weise ein Gemisch, worin sich Typhusbazillen gut vermehren (das ist das sog. Conradi'sche Anreicherungsverfahren).

Die Technik dieses Verfahrens bietet keine besonderen Schwierigkeiten. Das Blut wird durch Punktion einer Armvene entnommen. Zur Blutentnahme brauchen wir folgende Gegenstände: 1) eine elastische Binde, 2) eine Spritze von 5 c. c. Inhalt, 3) ein Galleröhrchen, 4) ein reines Reagenzglas, 5) Aether, Kollodium, Verbandwatte. Zur Punktion werden Lüer'sche Spritzen empfohlen; ich habe sog. Rekordspritzen mit eingeschliffenem Metallstempel benutzt, die bequem zu sterilisieren sind und leicht gehen. Das Galleröhrchen wird im Laboratorium angefertigt, indem 6 c. c. Ochsengalle in einem mit Watteprop verschlossenen Reagenzglase sterilisiert werden.

Nachdem man die Spritze ausgekocht hat, wird die Einstichstelle am Arme mit Seife und Wasser gewaschen und mit Aether abgerieben.

Zur Blutentnahme wählt man eine grössere Vene in der Ellenbeuge, gewöhnlich die auswärts gelegene Vena mediana cephalica. Nun legt man am Oberarm die elastische Binde an um eine Venenstauung hervorzurufen, also so fest, dass der Radialispuls noch gerade fühlbar ist. Treten die Venen deutlich hervor, so wird mit der Spritze an gewählter Stelle unter sehr scharfem Winkel zentralwärts der Einstich in die Vene gemacht. Durch langsame, gleichmässige Drehungen des Stempels saugt man etwa 2—3 c. c. Blut in die Spritze, entfernt schnell die elastische Binde, zieht die Spritze heraus und tröpfelt 2 c. c. Blut in das möglichst horizontal gehaltene Gallerröhrchen, von dem man den Watteprop entfernt hat. Darauf wird der an einer Flamme abgebrannte Watteprop wieder aufgesetzt und das Blut mit der Galle durch wiederholtes Neigen und Rollen des Röhrchens innig vermischt. Das in der Spritze übrig gebliebene Blut kommt in das sterile leere Röhrchen, worin es sich coaguliert; das dabei hervortretende klare Serum dient später zur Vornahme der Widal'schen Reaktion. Die Stichwunde wird mit Kollodium verklebt, die Spritze mit verdünnter Essigsäure, Wasser und Spiritus gereinigt.

Diese kleine Operation gelingt meist leicht, besonders wenn die Venen gut hervortreten. Sie ist fast schmerzlos und vollständig gefahrlos, worin alle Untersucher übereinstimmen. Auch lokale Störungen kommen nicht vor. Das Schlimmste, was geschehen kann, ist die Entstehung eines Blutextravasates in das Unterhautzellengewebe, wenn man vergisst, vor der Herausnahme der Spritze die elastische Binde zu lösen oder wenn man zu tief geht und die Vene durchsticht. Ein streng aseptisches Vorgehen ist sehr zu empfehlen, weil dadurch die bakteriologische Untersuchung wesentlich erleichtert wird, deshalb ist auch die Venenpunktion der Entnahme des Blutes aus Fingerkuppe oder Ohrläppchen entschieden vorzuziehen. Das Gallerröhrchen mit dem Gallenblutgemisch und das Reagenzglas mit Serum werden gleich nach der Blutentnahme ins Laboratorium zur weiteren Untersuchung übersandt. Hier kommt das Gallerröhrchen in das Thermostat, das Serum wird auf seine Agglutinationsfähigkeiten geprüft, gegenüber dem Baz. typhi und Baz. paratyphi B und bei negativem Ausfall auch B. paratyphi A. Nach 12—24 Stunden entnimmt man die Blutmischung dem Brutschranke und bringt einen Tropfen der Mischung zwischen Objektträger und Deckglas unter das Mikroskop. Waren im Blute verhältnismässig viele Typhusbazillen, so wird man ohne grosse Mühe sie im frischen Präparat auffinden und sie an ihren charakteristischen Bewegungen erkennen können, wodurch schon mit einiger Wahrscheinlichkeit auf Typhus geschlossen werden kann. War das Blut sehr arm an Typhusbazillen, so werden wir nur einzelne Exemplare finden, wobei viele von ihnen in agglutiniertem Zustande, also in unbeweglichen Häufchen, angetroffen werden können.

Diese mikroskopische Voruntersuchung des frischen Präparates ist sehr zu empfehlen, da der weitere Gang der Untersuchung teilweise vom Bazillenreichtum des Gemisches abhängt. Ist das Blutgemisch reich an Bazillen, so genügt es, zur weiteren Untersuchung, einige Oesen davon auf eine einfache Agar- oder eine Lakmusnutroseagar-Platte zu bringen und sie darauf zu verteilen. Waren vereinzelte Bazillen zu sehen, so muss eine grössere Quantität des Gemisches auf mehreren Platten verteilt werden.

Nachdem die geimpften Platten 12—24 Stunden bebrütet worden sind, entwickeln sich auf ihnen Kolonieen: auf einfachem Agar sind die Kolonieen rund durchsichtig und feinkörnig, auf Lakmusnutroseagar blau und durchsichtig und lassen sich von eventuellen Verunreinigungen, die gewöhnlich undurchsichtig oder einen Stich ins Bräunliche haben, meist gut unterscheiden. Sind die Kolonieen gross genug, so kann unmittelbar das Agglutinationsverfahren durch ein hochwertiges Serum angeschlossen werden; im entgegengesetzten Falle oder wenn das Resultat ein zweifelhaftes war, wird die Kolonie auf Schrägagar und Neutralrotagar und wenn nötig auch auf Bouillon, Gelatine, Milch, Kartoffel und andere Nährböden verimpft und die Untersuchung nach allgemeinen bakteriologischen Regeln weitergeführt, wobei auch der Tierversuch zu empfehlen ist.

In der Praxis könnte es vorkommen, dass von Patienten die Venenpunktion verweigert wird, dann würde man sich genötigt sehen das Blut, am besten durch Einstich mit Franke'scher Nadel (sog. Messerpistole) aus der Fingerkuppe zu entnehmen, wobei man das Blut direkt aus der Wunde in die Galle tropfen lässt; natürlich ist dabei ein streng aseptisches Verfahren nicht durchführbar und Verunreinigungen der Kulturen sind schwer zu vermeiden, doch das Endresultat wird dadurch nicht beeinflusst.

Welche Bedeutung hat nun die bakteriologische Blutuntersuchung für die Diagnose? — Da der Infektionserreger direkt aus dem Blute ausgeschieden wird, ist eine prägnantere Diagnose kaum möglich; das ist selbstverständlich und bedarf keiner Beweisführung. Durch ihre Prägnanz ist sie daher auch der Widal-

schen Reaktion weit überlegen, welche zwar ein sehr wertvolles Hilfsmittel bei der Typhusdiagnose ist, jedoch nicht immer einwandsfreie Resultate liefert: es lassen sich z. B. bei ihr Fehldiagnosen durch Gruppen- oder Mitagglutination oder durch vorausgegangene typhöse Erkrankungen nicht immer vermeiden; ausserdem giebt es keine Agglutinationsgrenze, die ohne weiteres für Typhus beweisend wäre. Ueber die neuerdings von Chantemesse vorgeschlagene diagnostische Augenreaktion mit Typhustoxin liegen fürs erste keine weiteren Arbeiten vor. Vor den Faeces- und Urinuntersuchungen hat die Blutuntersuchung den bedeutenden Vorzug, dass keine störenden Bazillen in Betracht kommen, wodurch die bakteriologische Arbeit bedeutend erleichtert wird, so dass die Untersuchung in jedem Laboratorium, wo bakteriologisch gearbeitet wird, ohne weiteres vorgenommen werden kann. Ferner können durch diese Methode Mischinfektionen diagnostiziert werden, welche andern Methoden nicht zugänglich sind; so sind Mischinfektionen mit Staphylokokken und Streptokokken beschrieben worden, und man wird diesen Befunden einen prognostischen Wert nicht absprechen können.

Das grösste Gewicht ist jedoch darauf zu legen, dass die bakteriologische Blutuntersuchung eine exakte Frühdiagnose ermöglicht, wie sie auf anderem Wege nicht erreicht werden kann, denn es steht fest, dass Typhusbazillen vom 5., 4. ja sogar vom 3. Krankheitstage an im Blute nachgewiesen werden können. Dabei ist zu bemerken, dass gerade die Untersuchungen in der ersten Krankheitswoche die besten Resultate liefern.

Es steht also ausser Frage, dass ein positiver Ausfall der Untersuchung beweisend ist und keinerlei Deutung zulässt, denn eine Verunreinigung der Plattenkulturen durch Typhus- oder Paratyphusbazillen ist strikt auszuschliessen.

Inwieweit ist aber ein negatives Resultat für die Diagnose zu verwerten? Es kommt vor allen Dingen darauf an, wann das Blut entnommen wurde, denn am sichersten finden wir Bazillen zwischen dem 5. und 8. Krankheitstage; je später die Untersuchung gemacht wird, desto weniger Chancen sind vorhanden. Untersucher, die in letzter Zeit mit grösserem Typhusmaterial gearbeitet haben, geben den Prozentsatz der positiven Befunde auf 92 — 100 aller untersuchten Typhusfälle an — also ein ausgezeichnetes Resultat. Sollten diese Zahlen durch weitere umfassendere Arbeiten bestätigt werden, so hätte ein negativer Befund ebenfalls eine grosse Bedeutung: finden wir also zu Ende der ersten Woche im Blute eines typhusverdächtigen Kranken keine Typhusbazillen, so können wir mit Wahrscheinlichkeit Typhus ausschliessen.

Für die Prognose hat die bakteriologische Blutuntersuchung fürs erste keine Anhaltspunkte geliefert. Dagegen hat die Lehre von der Pathogenese des Typhus aus den besprochenen Untersuchungen grossen Nutzen gezogen Die alte Anschauung, dass der Typhus ein sich im Darmkanal abspielender lokaler Prozess sei, ist verlassen worden. Es handelt sich vielmehr um eine Allgemeinerkrankung und, wenn der Ausdruck erlaubt ist, um eine „typhöse Septicaemie", deren Ausgangspunkt die Darmwand ist. Einige Autoren wollen sogar die Allgemeininfektion als primär und die Darmläsionen, analog den Roseolen, als sekundär aufgefasst wissen.

Ich möchte noch erwähnen, dass die Intensität der Widal'schen Reaktion in gewissen Beziehungen zum Bazillennachweise im Blute steht. Wenn wir nämlich die Kurven für Bakteriaemie und Widal'sche Reaktion der Temperaturkurve beifügen, so sehen wir, dass sich die Typhusbazillen, vom 4. Krankheitstage an, solange im Blute halten, als die Agglutinationswerte geringe Zahlen geben. Vom Ende der ersten Woche fängt die Agglutinationskurve an langsam zu steigen und erreicht ihren Höhepunkt in der dritten Woche, von wo sie wieder abfällt. Der Kreuzungspunkt beider Kurven liegt, je nach der Schwere des Falles am Anfang oder am Ende der zweiten oder in der dritten Krankheitswoche. Diese beiden Kurven führen uns die Hauptmomente des Kampfes zwischen dem Organismus und den eingedrungenen Bazillen so zu sagen graphisch vor Augen. Da die Agglutinine sich paralell mit den Bakteriolysinen ausbilden, so können sie als Ausdruck für die im Organismus entstehenden antibakteriellen Schutzkräfte dienen; je höher also die Agglutinationskraft des Blutes steigt, desto intensiver werden die sich in ihm aufhaltenden Bazillen geschädigt, bis sie schliesslich ganz verschwinden; bei einer Agglutinationshöhe von 1:500 sollen Bazillen im Blute konstant fehlen. Hieraus folgt, dass die Widal'sche Reaktion erst als eine Folge des Auftretens der Bazillen im Blute zu betrachten ist und daher für eine Frühdiagnose weniger geeignet ist, als die bakteriologische Blutuntersuchung. Die Reihenfolge der erwähnten Vorgänge im erkrankten Organismus geben uns wertvolle Fingerzeige zur Auswahl der diagnostischen Hilfsmittel je nach dem Zeitpunkte der Krankheit. Wenn wir noch die Stuhl- und Harnuntersuchungen in Betracht ziehen, so würden sich bei einem mittelschweren Typhus die diagnostischen Untersuchungsmethoden folgendermassen auf die einzelnen Krankheitswochen verteilen.

In der ersten Woche giebt die bakteriologische Blutuntersuchung die besten Resultate; weit seltener geben Widal'sche Reaktion oder Stuhluntersuchungen Anhaltspunkte für die Diagnose.

Im Anfange der zweiten Woche steht gleichfalls an erster Stelle die bakteriologische Blutuntersuchung, im weiteren Verlaufe wären Widal'sche Reaktion und Faecesuntersuchungen am Platze. Für die dritte Woche kommt vorzugsweise die Widal'sche Reaktion in Betracht; die Stuhluntersuchungen geben bessere Resulultate als in den ersten 2 Wochen. Bazillen im Blute findet man selten. In der letzten Periode des typhösen Prozesses sind wir hauptsächlich auf bakteriologische Stuhluntersuchungen und auf die Widal'sche Reaktion, in der Rekonvaleszens auf Stuhl- und Harnuntersuchungen angewiesen.

Um noch auf die von mir beobachteten Fälle überzugehen, muss ich leider konstatieren, dass mein Typhusmaterial, welches gewöhnlich in unserem Hospital im Herbst vorhanden ist, in diesem Jahre mich ganz im Stiche gelassen hat. Von den 11 Kranken, bei denen das Blut untersucht wurde, erwiesen sich nur 4 als typhös. Bei zweien von ihnen wurden Typhusbazillen im Blute gefunden, die beiden anderen kamen zu spät zur Beobachtung, so dass das Resultat ein negatives war. Die Widal'sche Reaktion war in den genannten 4 Fällen positiv. Da an einem der beobachteten Typhusfälle die diagnostische Bedeutung der bakteriologischen Blutuntersuchung sehr überzeugend demonstriert werden kann, und er ausserdem klinisch von Interesse ist, möchte ich ihn hier kurz erwähnen. Am 20. Juli wurde der Matrose Abramow mit der Diagnose Appendizitis ins Hospital eingeliefert. Vor 3 Tagen mit Schüttelfrost, Erbrechen und heftigen Schmerzen in der Ileocaecalgegend erkrankt, war er unter anderem mit Calomel und Oelklysmen behandelt worden, die 2 reichliche Stühle zur Folge hatten.

Bei der Besichtigung: Temperatur 40,6. In der Blinddarmgegend keine Dämpfung, aber sehr heftiger Schmerz bei Druck, besonders zwischen Nabel und Spina

anterior. Palpation der Schmerzhaftigkeit wegen erschwert. Allgemeinzustand befriedigend, wiederholtes Erbrechen. Da infolge der erwähnten Symptome die Frage einer Frühoperation angeregt wurde, untersuchte ich am selben Tage, zur Sicherstellung der Diagnose das Blut auf Leukozytose. Die Untersuchung ergab: Leukozyten in 1 c. m. 8000, Polynucleare: 75%, Mononucleare 25%, also normale Zahlen, folglich konnte eine eitrige Appendizitis mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschossen werden, da eine solche bekanntlich von vorne herein mit polynuclearer Leukozytose einhergeht. Der weitere klinische Verlauf gab Anlass zur Annahme einer allgemeinen Infektionskrankheit, worauf, unter anderem, die inzwischen erschienene Diazoreaktion hinwies. Es wurde daher am 6. Krankheitstage 5 c. c. Blut einer Armvene entnommen, in Galle, destiliertem Wasser und Glyzerinbouillon verteilt. Die Plattenkulturen ergaben eine Menge Typhuskolonieen, wobei die gefundenen Stäbchen von einem hochwertigen Typhusserum in Verdünnung von 1:20,000 agglutiniert wurden. Die Widal'sche Reaktion war 1:100 positiv; später stellten sich Milz- und Lebervergrösserung ein. In der Litteratur sind ähnliche Fälle von Schlesinger in Wien beschrieben worden, wobei nicht nur eine Fehldiagnose, sondern auch die Möglichkeit eines operativen Eingriffes zugegeben wird. Schlesinger giebt für die Differentialdiagnose als ausschlaggebende Momente Leukozytose und Bauchmuskelreflexe an; doch dürfte in solchen Fällen die bakteriologische Blutuntersuchung sehr am Platze sein, umsomehr da sie eventuell auch über andere Allgemeininfektionen Aufschluss geben könnte. An der Hand dieses instruktiven Falles könnten wir die Indikationen zur Vornahme der bakteriologischen Blutuntersuchung folgendermassen formulieren: sie wird vor allen Dingen in den Fällen angezeigt sein, wo eine schwere Infektionskrankheit atypisch verläuft, oder wo bei Verdacht auf Typhus besondere Umstände eine exakte Frühdiagnose verlangen.

Zum Schlusse wäre noch zu wünschen, dass diese Methode noch mehr vereinfacht würde, um den Ansprüchen des praktischen Arztes gerecht zu werden. Jedenfalls bedeutet sie einen grossen diagnostischen Fortschritt, und es dürfte das Problem der bakteriologischen Diagnose des Typhus im Prinzip als gelöst zu betrachten sein.

Literatur.

1) Brion u. Kayser. Dtsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 85.
2) Spät. Wien. kl. Woch. 1907 v. 17. Jan.
3) Brion. Die deutsche Klinik etc. Bd. II.
4) Trautmann. The Med. Rec. 28. Juli 1906.
5) Jürgens. Berl. klin. Woch. 1907 — 37.
6) Veil. Dtsche med. Woch. 1907. — 31.
7) Kutscher u. Meinike. Ztschr. f. Hyg. 52 — 3.
8) Kutscher. Berl. kl. Woch. 1907. — 40.
9) Mandelbaum. Münch. med. Woch. 1907 — 36.
10) Löffler. Vortr. auf d. XIV. Kongr. f. Hyg. in Berlin. 1907.
11) Gräf. Zeitschr. f. Hyg. Bd. 54. — 2.
12) Клодницкій. Русск. Врачъ. 1907. — 27.
13) Падлевскій. Русск. Врачъ. 1907. — 27.
14) Kayser. Arb. aus d. kais. Ges. Bd. 25 — 1.
15) Herbert. Münch. med. Woch. 1904. — 11.
16) Lemierre. Münch. med. Woch. 1906. — 32.
17) Conradi. Zentralbl. f. Bakt. 1907 v. 15. Sept.
18) Frisch. Dissert. 1894. Berlin.
19) Kayser. Münch. med. Woch. 1906. — 17.
20) Stern u. Korte. Berl. klin. Woch. 1904. — 9.
21) Conradi. Deutsch. med. Woch. 1905. — 36.
22) Meyerstein. Münch. med. Woch. 1906. — 38.
23) Conradi. Dtsch. med. Woch. 1906. — 34.
24) Kayser. Münch. med. Woch. 1906. — 40.
25) Raubitschek. Wien. kl. Woch. 1907. — 32.
26) Kayser u. Brion. Münch. med. Woch. 1902 v. 15. Apr.
27) Achard. Nouveaux procédés d'exploration. 1903.
28) Iversen. Ztschr. f. Hyg. Bd. 49. — 1.
29) Grünberg u. Polly. Münch. med. Woch. 1905. — 33.
30) Chantemesse. Klin. therap. Woch. 1907. — 31.
31) Цейдлеръ Русск. врачъ 1907. — 10.
32) Штюлеръ. Русск. врачъ. 1907. — 10.
33) Conradi. Münch. med. Woch. 1906. — 49.
34) Fornet. Münch. med. Woch. 1906. — 23.
35) Meyerstein. Münch. med. Woch. 1906. — 44.
36) Berry. Clin. med. ital. 1904. — 3.
37) Deutsch. Impfstoffe und Sera. 1903.
38) Schlesinger. Ref. in kl. therap. Woch. 1907. S. 375.
39) Блахеръ. Воен. Мед. Журн. 1907. — 12.

Referate.

Prof. R. Emmerich: Die Pyozyanase als Prophylaktikum und Heilmittel bei bestimmten Infektionskrankheiten. (Münch. med. W. 1907. Nr. 45, 46).

Das in Pyozyaneuskulturen gebildete bakteriolytische Enzym, die Pyozyanase, lässt sich in bakterienfreier, konzentrierter Lösung gewinnen, wenn man die abgelaufene, etwa 3 Wochen alte Kultur durch Berkefeldfilter filtriert und im Vakuum auf 1 Zehntel Volumen konzentriert. Es hat sich nun durch jahrelang fortgesetzte Untersuchungen des Verfassers gezeigt, dass die so gewonnene Pyozyanaselösung nicht nur die Zellen des Bazillus pyozyaneus, sondern auch Diphtheriebazillen, Cholera-, Typhus-, Pest- und Milzbrandbazillen, sowie die Strepto-, Staphylo- und Gonokokken abtötet und auflöst und zwar grosse Mengen dieser Bakterien in sehr kurzer Zeit. Die Diphtheriebazillen quellen in der Pyozyanase stark auf und sind nach 12 bis 24 Stunden bis auf feinste Kernreste aufgelöst, während die Pyozyanaselösung selber schleimige Konsistenz angenommen hat. Durch die Pyazyanase wird ein chemischer Körper in den Organismus eingeführt, welcher sich mit dem Diphtheriegift zu einer ungiftigen Verbindung vereinigt. Verfasser empfiehlt, bei Diphtherie 3—4 ccm. Pyozyanase (erhältlich im Laboratorium Lingner in Dresden) 2 Mal nacheinander in Intervallen von 5—10 Minuten im Rachen der Diphtheriekranken zu zerstäuben und diese Prozedur am ersten Tage 3—5 Mal zu wiederholen. Die Pyozyanase soll nicht geschluckt werden und möglichst nur mit den Belägen in Kontakt kommen. Dabei fand Zucker (Pfaundler'sche Klinik in Graz) dass bei ausschliesslicher Behandlung mit Pyozyanase der foetor ex ore in kurzer Zeit verschwand, die Temperatur bald zur Norm abfiel, das Allgemeinbefinden sich in kurzer Zeit besserte, die fibrinösen Rachenbeläge am 3. oder 4. Tage verschwanden und zugleich auch die Diphtheriebazillen an Zahl abnahmen und bald nicht mehr nachweisbar waren. Der Geschmack der Pyozyanase ist allerdings sehr unangenehm und kann Erbrechen hervorrufen. Verfasser teilt einige Fälle von teilweise schwerer Diphtherie mit Larynxstenose mit, die auch mit Serum, aber erfolglos (weil ganz unzureichende Dosis. Ref.) behandelt worden waren, in denen die Pyozyanase die Gefahr nach kurzer Zeit beseitigte. Der wesentlichste Fortschritt, welcher in der Diphtherietherapie durch die Pyozyanase erzielt wird, dürfte darin bestehen, dass durch dieselbe in Zukunft auch jene schweren Fälle von komplizierter Diphtherie rasch und sicher geheilt werden können, welche bisher oft zum gangränösen Zerfall der Rachenorgane sowie durch ihre jauchigen Zersetzungsprodukte zu schwerer Vergiftung und durch die Strepto- oder Staphylokokken - Allgemeininfektion zu allgemeiner Sepsis führten.

Weyert.

Kleine Mitteilungen und therapeutische Notizen.

— Beitrag zur Therapie der bronchopneumonischen Katarrhe. Von Dr. A. Ferrata und A. Golinelli. (Gazzetta Internazionale di Medizina, 1908. No. 14, S. 159).

Die Verf. berichten über die Erfolge der Styracolbehandlung bei spezifischen feuchten bronchopneumonischen Erkrankungen, die sie während dreier Jahre in der Universitätsklinik in Parma zu beobachten Gelegenheit hatten.

Wenn man auch darüber streiten kann, ob die Guajakolpräparate, zu denen auch das Styracol gehört, bei spezifisch pneumonischen Affektionen von wirklichem Vorteil sind, so

lässt sich doch andererseits mit Bestimmtheit sagen, dass gerade das Styracol einen deutlichen Einfluss auf die Schleimhäute der Bronchien besitzt.

Vor allem beobachtet man nach Styracolgebrauch ein Nachlassen des Nachtschweisses und einen Rückgang des Fiebers. Der Einfluss des Mittels auf die Bronchien ist ferner daran zu erkennen, dass der Auswurf dünnflüssiger wird und bedeutend zurückgeht. Ferner konnten die Verf. eine Linderung des Hustens und eine bedeutende Hebung des Allgemeinbefindens bei Styracolgebrauch konstatieren.

Das Styracol wurde ferner auch bei verschiedenen Darmkrankheiten mit gutem Erfolge verwandt.

Die Verf. raten zum Gebrauch des Styracols hauptsächlich wegen seines Einflusses auf die Intensität des Bronchialkatarrhs und wegen seiner antipyretischen Wirkung.

— Ueber die Wirksamkeit des Santyls bei der Behandlung der gonorrhoischen Urethritis anterior. Von Dr. Carlo Vignolo-Lutati. (La Rassegna di Terapia No. 22, April 1908).

Es wäre ein grosser Irrtum, die Heilung einer gonorrhoischen Urethritis durch alleinige Verwendung der Balsamica erreichen zu wollen; jedoch sind sie als Unterstützungsmittel besonders bei der gonorrhoischen Urethritis acuta anterior sehr beachtenswert. Die Beobachtungen des Verfassers beziehen sich stets auf Erstinfizierte. In den Fällen starker Entzündungserscheinungen verordnete er in den ersten Tagen nur das Santyl bis das Sekret nach 3—4 Tagen flüssiger geworden war und die Schmerzen nachgelassen hatten. Das Mittel wurde vom Verdauungstraktus und den Nieren gut vertragen. Es ist schon in den ersten Stadien der akuten Erkrankung angezeigt, da es in kurzer Zeit die objektiven und subjektiven Erscheinungen herabsetzt. Das Santyl bewirkt ausserdem als Antiseptikum eine Unterstützung der Lokalbehandlung, es scheint Komplikationen zu verhindern und erlaubt eine wenig lästige und wenig schmerzhafte Lokalbehandlung.

— Die Bedeutung und Behandlung uteriner Blutungen. Von Dr. W. E. Fitch. (Gaillard's Southern Medicine, März 1908).

Verf. klassifiziert zunächst diejenigen Fälle von pathologischen Erscheinungen des Uterus, bei denen Blutungen aufzutreten pflegen. Dann verweist er darauf, dass man in sehr vielen dieser Fälle auf eine konservative Behandlung angewiesen ist. Unter den in Betracht kommenden Arzneimitteln schätzt er am meisten das Styptol, das er seit zwei Jahren in einer der grössten Kliniken für Frauenkrankheiten New-York's ständig anwendet.

Es werden einige Fälle von Endometritis mit Metrorrhagie, Dysmenorrhoe mit Menorrhagie, Uterus-Fibrom, Salpingo-Oophoritis und Haemorrhagie nach Abortus angeführt, die alle in prompter Weise auf Styptol reagierten. Bemerkenswert sind die zahlreichen Fehlgeburten in den Fällen, in denen nachträglich Styptol zur Anwendung kam. So hatte eine Patientin 2 Kinder, 2 Fehlgeburten, eine andere 10 Geburten und 8 Fehlgeburten, eine weitere 2 Kinder und 6 Fehlgeburten. Von besonderem Interesse war auch ein Fall von Dysmenorrhoe mit Menorrhagie, indem ein Curettement erfolglos geblieben war, während auf Styptol schnelle Besserung eintrat und die Menses normal wurden. Der Verf. empfiehlt auf Grund seines zweijährigen grossen Beobachtungsmaterials das Styptol bei Störungen der Menstruation inklusive Dysmenorrhoe, Menorrhagie mit Metrorrhagie, ferner bei Metritis und Endometritis und anderen kongestiven Erkrankungen des Uterus.

Ernst v. Bergmann-Denkmal.

Wir werden um Veröffentlichung des nachstehenden Aufrufs ersucht:

Aufruf

zur Errichtung eines Ernst v. Bergmann-Denkmals.

Auf dem XIX. Livländischen Aerztetage — 17.—19. August 1907 — wurde im Anschluss an die Gedenkfeier des Hinscheidens Ernst v. Bergmanns einstimmig der Beschluss gefasst, das Andenken an den einstmaligen Lehrer der Landesuniversität, an deren Blühen und Gedeihen der Verstorbene so lebhaften Anteil genommen hatte, durch Errichtung eines würdigen Denkmals zu ehren. Es wurde ins Auge gefasst, dieses Denkmal in plastischer Darstellung, und zwar im Zusammenhange mit der chirurgischen Klinik in Dorpat, als der Wiege der wissenschaftlichen Studien- und Lehrjahre des berühmten Chirurgen, zu errichten und zu diesem Zwecke eine fünfgliedrige Kommission gewählt, welche bei dem Rechte der Kooptation die Aufgabe hatte, die ersten einleitenden Schritte zu tun und weiterhin als Zentralkomitee zur Errichtung eines Ernst v. Bergmann-Denkmals zu fungieren.

Nachdem nunmehr die Allerhöchste Bestätigung und die Berechtigung zum Sammeln von Spenden zu gekennzeichnetem Zwecke in dem «Regierungs-Anzeiger» veröffentlicht worden ist, gibt das unterzeichnete Zentralkomitee, welches, um eine Mitbeteiligung sämtlicher Verehrer, Freunde, Fachkollegen und Schüler Ernst v. Bergmanns an diesem Akte pietätvoller Ehrung zu ermöglichen, bestrebt gewesen ist, auf breitester Grundlage in den Städten des In- und Auslandes die Organisierung von Zweigkomitees anzuregen, sich die Ehre, auf dem Wege der Presse auch die gesamte Einwohnerschaft von Stadt und Land um eine wirksame Unterstützung des Ganzen und insbesondere der Tätigkeit der einzelnen Komitees höflichst zu ersuchen, damit dieses Werk der Pietät in würdiger Weise gefördert werde.

Etwaige Korrespondenzen sind mit dem auf der Adresse anzugebenden Vermerk «Bergmann-Denkmal» an die Chirurgische Klinik — Dorpat zu richten, Geldbeiträge den betreffenden Zahlstellen der Zweigkomitees resp. nach Dorpat der «Dorpater Bank» einzusenden.

Das Zentralkomitee:

Prof. W. Zoege v. Manteuffel, Präses, Dorpat, Wallgraben 18.
Dr. H. Truhart, Vizepräses, Dorpat, Wallgraben 17.
Prof. emer. G. v. Oettingen-Dorpat, Teich-Strasse 5.
Prof. Th. O. Ewetzky-Dorpat, Augenklinik.
Dr. A. v. Bergmann-Riga, Schulen-Strasse 5.
Dr. E. Blessig-Petersburg, Mochowaja 38.
Dr. X. Dombrowsky-Petersburg, Börsenhospital.
Dr. G. Engelmann-Riga, Thronfolger-Boulevard 6.
Dr. R. v. Wistinghausen-Reval, Rosenkranz-Strasse 11.
Dr. W. Greiffenhagen-Reval, Rosenkranz-Strasse 2.
Dr. P. Klemm-Riga, Packhaus-Strasse 1.
Dr. G. Otto-Mitau, Grosse Strasse 1.
Dr. V. Zoepffel-Libau, Korn-Strasse, Haus Kuhn.
Dr. R. Otto, Kassaführer, Dorpat, Pepler-Strasse 25.
Dr. H. v. Haffner, Sekretär, Dorpat, Chirurgische Klinik.

Das auf Anregung des Dorpater Zentralkomitees gebildete St. Petersburger Zweigkomitee besteht aus folgenden Herren, die bereit sind, Beiträge für das Denkmal entgegenzunehmen.

Dr. Rauchfuss (Ligowka 8.)
Dr. Kernig (Alexander-Theaterplatz 2.)
Dr. Schmitz (Nikolajewskaja 14.)
Prof. Tiling (Liteiny Pr. 55.)
Dr. Dombrowski (W. O. Grosser Pr. 71.)
Dr. Blessig (Mochowaja 38.)

Ernst v. Bergmann-Stipendium.

Der unterzeichnete Verwaltungsausschuss des 1899 gegründeten «E. v. Bergmann-Stipendiums» zeigt hiermit an, dass laut Beschluss der Stifter-Versammlung vom 10. Mai c. das für das Stipendium gesammelte Kapital (2500 Rbl. Nominal) nebst Zinsen dem St. Petersburger Zweigkomitee für das in Dorpat zu errichtende Bergmann-Denkmal übergeben wird, mit der Bedingung, dass das genannte Zweigkomitee, falls das geplante Denkmal nicht zustande kommt, verpflichtet ist an Stelle des bisherigen Ausschusses die Summen im Sinne der ursprünglichen Stiftung zu verwalten und zu verwenden.

Dr. Kernig. Dr. Schmitz. Dr. Blessig.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Leibmedikus Geheimrat Dr. Leo Berthenson ist ins Kuban- und Terekgebiet abkommandiert worden, um einheitliche Massregeln zur Bekämpfung des dort herrschenden Flecktyphus anzuordnen.

— Der Moskauer Medizinalinspektor, wirkl. Staatsrat Dr. N. Rosanow, ist auf eigenes Ersuchen krankheitshalber dieses Amtes enthoben worden. Dr. Rosanow steht im 72. Lebensjahre und konnte bereits im vorigen Jahre auf eine 50-jährige ärztliche Tätigkeit zurückblicken.

— Die ausserordentlichen Professoren der Charkower Universität J. Orschanski (Psychiater und Neurolog), K. Georgiewski (Therapeut) und J. Troizki (Pädiater) sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden.

— Der Divisionsarzt der 14. Inf.-Division, Staatsrat Dr. Demetrius Below, ist auf sein Gesuch mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Dr. R. Wanach hat sich mit Genehmigung des Konseils des Weiblichen Medizinischen Institutes als Privatdozent für klinische Chirurgie an diesem Institut habilitiert.

— Am 24. Mai wurde in der Aula der Dorpater Universität der Arzt Ernst Masing nach Verteidigung seiner Dissertation «Zur Frage der Regeneration der roten Blutkörperchen bei experimentellen Anämien» zum Doctor medicinae promoviert. — Dr. Ernst Masing, ein Sohn des bekannten Petersburger Arztes gleichen Namens, hat seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1897—1902 studierte und im letztgenannten Jahre auch den Arztgrad erlangte, worauf er als Assistent an der Dorpater therapeutischen Klinik und während des russisch-japanischen Krieges als Militärarzt in einem Kriegslazarett tätig war. Unseren Lesern wird der junge Arzt noch durch seine in dieser Wochenschrift veröffentlichten interessanten Briefe aus dem Fernen Osten erinnerlich sein.

— Ordensverleihungen. Dem etatmässigen Ordinator des hiesigen Marien-Gebärhauses, Staatsrat Dr. Nikolai v. Schuttenbach, ist der St. Stanislausorden II. Klasse und dem ausseretatm. Arzt an der ambulatorischen Heilanstalt der Hlg. Dreifaltigkeits-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, Dr. Georg Albanus, ist der St. Annenorden III. Klasse verliehen worden.

— Der Oberarzt des städtischen Augenhospitals in Odessa Dr. Wilhelm Wagner ist von diesem Amt zurückgetreten. Als seinen Nachfolger bezeichnet man den Ordinator dieses Hospitals Dr. Otto Walter (ein ehemaliger Jünger der Dorpater Univers.), der bereits seit 16 Jahren im erwähnten Hospital tätig ist.

— Zum älteren Kreisarzt für Livland ist, der «Livl. Gouv.-Ztg.» zufolge, der Werrosche Kreisarzt Dr. Alwill Karp ernannt worden.

— Die Wiener medizinische Fakultät hat, wie der «Rev. Ztg.» mitgeteilt wird, unseren Landsmann, den praktischen Arzt Johannes Fick, in Anerkennung seiner dermatologischen wissenschaftlichen Arbeiten und Editionen, ohne ihn einem Examen zu unterwerfen, zum Doktor medicinae promoviert.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 11. Mai zu Riga der in weiteren Kreisen bekannte und beliebte Petersburger Kinderarzt, Staatsrat Dr. Richard Peters, älterer Ordinator am Oldenburger Kinderhospital und Privatdozent für Pädiatrie an der militär-medizinischen Akademie, im nahezu vollendeten 58. Lebensj. Der Hingeschiedene war am 14. Juni 1850 als Sohn eines Rechtsanwalts in St. Petersb. geboren, erhielt hier auch seine Schulbildung und widmete sich dann dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität an welcher er von 1869—77 immatrikuliert war und der Korporation «Estonia» angehörte. Nach Erlangung des Arztgrades setzte er seine Studien in Wien und Strassburg fort, promovierte i. J. 1880 zum Doctor medicinae und trat dann als Assistent ins Oldenburger Kinderhospital in Petersburg, an welchem er — später als jüngerer, dann älterer Ordinator an der internen Abteilung — fast 27 Jahre tätig war und in der letzten Zeit als Privatdozent der militär-medizinischen Akademie auch Vorlesungen über Kinderkrankheiten hielt. Neben seiner anstrengenden Hospital- und Dozententätigkeit bewältigte er noch eine recht ausgebreitete Privatpraxis, wodurch seine Gesundheit allmählig soweit litt, dass er vor einigen Monaten sich genötigt sah, seine Arbeit einzustellen. Mit Besorgnis verfolgten die Angehörigen, Freunde und Kollegen die Zunahme der Krankheit, gegen die auch die Ruhe von der Arbeit kein Heilmittel mehr war. Am 15. Mai wurde er in Petersburg zur letzten Ruhe bestattet. Dr. Peters hatte sich durch seine Gewissenhaftigkeit und wissenschaftliche Tüchtigkeit als Arzt bald einen Ruf erworben, aber auch als Mensch genoss er die Liebe und Achtung aller, die mit ihm in Berührung kamen; er wird daher nicht allein bei seinen Angehörigen, sondern auch bei seinen Freunden und Kollegen, besonders aber in den zahlreichen Familien, in denen er als Arzt so oft als rettender Engel ihrer kranken Kinder angesehen wurde, unvergessen bleiben. 2) Am 2. Mai in Smolensk der Landschaftsarzt Dr. Konstantin Smirnow im 41. Lebensjahre am Flecktyphus, den er sich bei der Behandlung der zahlreichen Typhuskranken zugezogen hatte. Der Verstorbene war von Hause aus Militär und widmete sich erst, als er bereits zum Stabskapitän avanciert war, dem Studium der Medizin an der Moskauer Universität, an welcher er i. J. 1900 den Arztgrad erlangte und dann mehrere Jahre Ordinator an der chirurgischen Klinik von Prof. Bobrow war. 3) In Kischinew der Divisionsarzt der 8. Kavalleriedivision, Staatsrat Dr. Alexander Remesow, im Alter von 58 Jahren. Die Venia practicandi hatte er i. J. 1885 erlangt.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Neue Beschränkungen für den Besuch der Universitäten. Vom Ministerium der Volksaufklärung sind den Kuratoren der Lehrbezirke nachstehende Regeln für die Aufnahme von Studenten und freien Zuhörern in die Universitäten zugegangen:

Die bevorzugte Aufnahme in die Universität von Seminaristen, die den vollen 6-klassigen Kursus beendet haben, wird aufgehoben und auf sie werden dieselben Ausnahmeregeln ausgedehnt, die für die Absolventen der vier allgemein bildenden Klassen festgesetzt sind, nämlich die Ablegung von Ergänzungsprüfungen in der Mathematik, der Physik und einer der neuen Sprachen. Personen, die ein Zeugnis über die Absolvierung des Kursus einer höheren Lehranstalt besitzen, können als Studenten der Universitäten ausschliesslich auf Grund ihrer Zeugnisse über die erhaltene Mittelschulbildung aufgenommen werden nach Ablegung entsprechender Ergänzungsprüfungen in Fällen, wo sich dies als notwendig erweist.

Keinesfalls zulässig ist die bedingte Aufnahme von Personen in die Zahl der Studenten der Universitäten und anderen höheren Lehranstalten, die den festgesetzten Anforderungen nicht genügen.

Aufgabe des Konseils der Universitäten und der anderen höheren Lehranstalten ist es, noch in diesem Jahre den Normalbestand der Studenten aller Fakultäten, Abteilungen und Kurse festzusetzen unter Berücksichtigung der Grösse der Auditorien und der tatsächlichen Möglichkeit ungehinderter Arbeit in allen Hülfslehranstalten.

Freie Zuhörer können nur innerhalb der Grenzen des festgesetzten Bestandes aufgenommen werden, wenn sich nach Aufnahme der Studenten Vakanzen herausstellen. Als freie Zuhörer können nicht aufgenommen werden junge Leute, die soeben erst den Kursus einer Mittelschule absolviert haben oder nicht das Recht besitzen, als Studenten aufgenommen zu werden. Personen weiblichen Geschlechts werden in keinem Falle als freie Zuhörerinnen aufgenommen. Ohne Zeugnis über ihre Zuverlässigkeit werden freie Zuhörer nicht zugelassen. Auf die freien Zuhörer mosaischen Bekenntnisses wird dieselbe prozentuelle Norm angewandt, wie auf die Studenten. Die freien Zuhörer müssen jedes Jahr ihre Berechtigung zum Aufenthalt in der Lehranstalt erneuern lassen.

— Zum Zweck der Gründung einer freien Hochschule in Dorpat hat sich auf Initiative des Prof. Rostowzew ein Konsortium gebildet. Der Anfang soll mit den Abteilungen für Naturwissenschaft

und Medizin bereits im Sept. d. J. gemacht werden, denen Abteilungen für Geschichte und Sprachwissenschaft folgen werden. In die Kurse werden Personen beiderlei Geschlechts vom 17. Lebensjahre an mit Mittelschulbildung aufgenommen werden; das Konseil der Kurse behält sich aber das Recht vor, auch Personen mit geringerer Schulbildung als Hörer zuzulassen. Das Honorar für die Vorlesungen ist auf 50 Rbl. pro Semester festgesetzt. Anmeldungen zum Eintritt in die Kurse für Naturwissenschaft und Medizin werden bereits vom Direktor der Kurse Prof. Dr. Rostowzew (Chirurg) entgegengenommen.

— An den russischen Universitäten scheint schon Mangel an männlichen Dozenten eingetreten zu sein, da in letzter Zeit zwei Damen, die Aerztinnen Wera Dantschakowa und Sophie Kaschinskaja, als Privatdozentinnen zugelassen worden sind, und zwar erstere für das Fach der Histologie an der Moskauer Universität, letztere für Nervenkrankheiten an der Universität Kasan. So viel uns bekannt ist, hat die Aerztin Dantschakowa ihre medizinischen Studien nicht in Russland, sondern in Lausanne gemacht und in letzter Zeit im histologischen Kabinett von Prof. Ognew in Moskau gearbeitet.

— Der preussische Kultusminister hat die Zulassung von Privatdozentinnen an den preussischen Universitäten aus grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt.

Standesangelegenheiten.

— Reiches Vermächtnis für ein Aerzteasyl. Das ganze Vermögen der vor längerer Zeit ermordeten Wittwe des Professors Raszwetow fällt nach einer testamentarischen Bestimmung des Professors an die Mediko-Philanthropische Gesellschaft, die gegenwärtig gemäss dem Willen des Erblassers ein Asyl für Personen ärztlichen Standes einrichtet. Das Kapital besteht aus zinstragenden Papieren im Nominalwert von 700,000 Rbl. Da nun aber die Mehrzahl dieser Papiere Aktien der Moskau-Kasaner Eisenbahn sind, deren Kurs infolge der bekannten Vorgänge auf dieser Bahn stark gefallen ist, so repräsentieren die nominellen 700,000 Rbl. gegenwärtig blos 400,000 Rbl.

— Verhaftung. Am 22. Mai wurde die in einem Passagierzuge die aus dem Kreise Nowy-Torshok hier angereiste Aerztin J—witsch arretiert. Bei der Durchsuchung ihrer Bagage fand man Bücher illegalen Inhalts.

— In dem Prozesse gegen die Teilnehmer am Post- und Telegraphenverbande, wird ausser den Post- und Telegraphenbeamten auch der Moskauer Arzt Dr. Jefim Stolkind zur gerichtlichen Verantwortung gezogen, weil er während des Post- und Telegraphenstreiks ein Speisehaus für die streikenden Beamten und ihre Familien organisiert, Sammlungen zu ihrer Unterstützung veranstaltet hat u. a. m. (R. Wed. — R. Wr.).

— Der Moskauer Gouverneur hat das Gouvernements-Landschaftsamt des Moskauschen Gouvernements davon benachrichtigt, dass er zur Anstellung des Dr. S. J. Sander als Leiter des von der Gouvernements-Landschaft im Kirchdorfe Petrowskoje unterhaltenen Krankenhauses seine Zustimmung nicht geben kann.

— Vakanz. In Arensburg ist die Stelle des Stadtarztes (infolge Ablebens des Dr. Meywald) frei geworden. Bewerber um diese Stelle werden gebeten, unter Beifügung der nötigen Dokumente sich bis zum 1. Juli d. J. bei dem Arensburger Stadtamte melden zu wollen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Am 25. Mai fand in dem Garten vor der Klinik Wylie die feierliche Enthüllung des Denkmals für den vor mehr als 18 Jahren verstorbenen Professor Sergei Botkin in Gegenwart der Professoren der militär-medizinischen Akademie, zahlreicher Repräsentanten der medizinischen Welt, sowie vieler Freunde und Verehrer des Verstorbenen statt. Die Festrede im Auditorium der therapeutischen Klinik hielt der Kliniker Prof. Ssirotinin, welcher die Tätigkeit und die persönlichen Eigenschaften Botkins schilderte und u. a. hervorhob, dass von den 70 Schülern Botkins, die unter seiner Leitung arbeiteten, mehr als die Hälfte später Professoren geworden sind. Nach der Enthüllung widmete der Chef der mil.-med. Akademie Prof. A. J. Danilewski einige Worte dem Andenken Botkins und hob dann hervor, dass das Denkmal erst jetzt enthüllt werden konnte, weil die Akademie nach einer Reihe von Jahren zum ersten Male wieder ohne Unruhen und Konflikte ihr Lehrjahr abgeschlossen habe. Das Denkmal, welches mit den unter den Schülern und Verehrern Botkins gesammelten 7500 Rbl. errichtet ist, besteht aus der lebensgrossen Figur des Klinikers auf einem Marmorsockel, an welchem mit goldenen Buchstaben die Inschrift: «Professor Ssergei Petrowitsch Botkin. 1832—1889» angebracht ist.

— Der Deputierte der Dmitrowskischen Landschaft Gardner (ein Nachkomme der reichen Porzellanfabrikanten), der sich vor kurzem erschoss, hat ein wertvolles Gut in der Krimm und 15,000 Rbl. dieser Landschaft zur Errichtung eines Sanatoriums für Lungenkranke testamentarisch vermacht.

— Dr. Brennsohns orthopädisches und mediko-mechanisches Institut wird für die Zeit vom 1. Juni bis zum 1. September aus Riga nach Edinburg II (Rigascher Strand), Jermolow-Prospekt Nr. 6, übergeführt.

— Aerztliches Lesezimmer in Karlsbad. Seit dem Jahre 1907 besteht in Karlsbad ein von der Stadtvertretung subventioniertes Lesezimmer. Dasselbe befindet sich im Hause «Nizza» an der alten Wiese, somit im Zentrum der Stadt und liegen daselbt 60 medizinische Fachzeitschriften auf. Der Besuch ist für ortsfremde Aerzte unentgeltlich und wir machen die zur Kur nach Karlsbad reisenden Kollegen auf diese Institution aufmerksam, da sie dort Gelegenheit finden, sich auf dem Laufenden der Fachliteratur zu erhalten.

— Ein neues Serum gegen Schlangengift. Nach jahrelangen Vorarbeiten am Professor Brieger'schen Institut zu Berlin ist es dem Assistenten dieses Instituts Dr. Krause gelungen, ein Serum herzustellen, das gegen den Biss der Vipern und der Nattern zugleich schützt. Bisher konnte man Sera herstellen, die, wie z. B. das Calmette'sche, nur gegen das Gift der Nattern erfolgreich anzuwenden waren. Es war aber in den Tropen ein grosses Bedürfnis, gegen die Schlangenart der Vipern, zu denen auch die in Deutschland heimische Kreuzotter gehört, ebenfalls ein Schutzserum zu besitzen. Diesem Bedürfnis ist jetzt durch die Krause'sche Entdeckung abgeholfen und schon in den nächsten Monaten soll eine grosse Quantität des Serums in die an Schlangen so reichen deutschen Kolonien gesandt werden.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. Mai d. J. 11748 (173 wen. als in der Vorwoche), darunter 1399 Typhus — (47 wen.), 793 Syphilis — (4 mehr), 189 Scharlach — (5 mehr), 200 Diphtherie — (9 mehr), 133 Masern — (17 wen.), und 149 Pockenkranke — (16 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 4. bis zum 10. Mai d. J. im ganzen 997, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 2, Typhus abdom. 37, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 12, Masern 96, Scharlach 13, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 9, Krupöse Lungenentzündung 42, Erysipelas 4, Grippe 8, Katarrhalische Lungenentzündung 131, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Akuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, andre Krankheiten 272, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 15, Tuberkulose der Lungen 134, Tuberkulose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungskanals 78, Totgeborene 44.





PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska** 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) —46.

Abführungs - Pillen

ARA

wirken **zart, schmerzlos** und werden mit gutem Erfolg bei Störungen der Verdauungsorgane angewandt. (73) 0—2.

Schachtel 95 Kop.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung **ganz umsonst versandt.**



(77) 10—4.

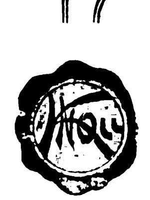
---

(91) 3 -2. Institut zur Behandlung von

Atmungsbeschwerden

bei Asthma, Emphysem, chron. Bronchitis etc. Dr. Bogheans Atmungsmaschine, Atmungsgymnastik, Schwitzprozeduren, Massage etc. in Verbindung mit den Emser Kurmitteln.

BAD EMS, Römerstr. 31. *Dr. med.* ***PESCATORE.***



Bromural

(α-Monobromisovalerianylharnstoff).

Zur Nervenberuhigung und Schlafanregung.

Dosis: als Sedativum 0,3 g mehrmals täglich als leichtes Hypnoticum 0,6 g vor dem Schlafengehen als Pulver od. in Tablet.

Rp.: 1 Original-Röhrchen Bromuraltabletten (Knoll) zu 0,3 g № XX.

(Literatur und Proben Kostenlos bei R. Otto jr., Moskau).

(83) 26—1.

KNOLL & Co., Ludwigshafen am Rhein.

ФОРМАМИНТЪ БАУЭРЪ

(FORMAMINT BAUER)

Новый препаратъ фирмы Бауэръ и К°, Берлинъ S. W. 48. Соединеніе формальдегида съ молочнымъ сахаромъ, имѣется въ продажѣ въ видѣ таблетокъ по 50 шт. въ склянкѣ. o o o o

Употребляется вмѣсто полосканія

ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНІЯ ЗѢВА И ПОЛОСТИ РТА

при различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ (Ангина, Стоматитъ и т. п.) а также и

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХЪ ЦѢЛЕЙ.

Таблетки дѣйствуютъ путемъ медленнаго растворенія во рту. Пріемъ: 1—2 таблетокъ каждый часъ. Литературу и пробы Гг. врачамъ безплатно.

Главное Представительство Санатогена Бауэръ

С.-Петербургъ, Больш. Конюшенная, 29.



SASSNITZ, Ostseebad auf Rügen.

Prospekte und Auskunft gratis und franko durch die **Bade-Direktion. Berlin N. W. Unter den Linden 76 a. Hauptbureau und Geschäftsstelle.** (84) 7—3.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 23 St. Petersburg, den 7. (20.) Juni. 1908.

Mitteilungen über die Estländische Sanitätsform.

Von

Dr. Wistinghausen.

Vortrag, gehalten auf dem livländischen Aerztetag am 17. August 1907.

Meine Herren. Wenn ich infolge einer Aufforderung es unternehme, Ihnen ein Bild zu entwerfen über den jetzigen Stand der sanitären Frage in Estland, so bitte ich Sie, nicht ein fertiges Resultat vollkommen durchgeführter Massnahmen zu erwarten, sondern nur die Schilderung eines Entwickelungsstadiums einer Reform, die allerings in der Theorie ziemlich fertig angelegt, deren praktische Durchführung aber noch lange nicht vollständig ist.

Ueber die Notwendigkeit einer sanitären Reform brauche ich wohl keine Worte zu verlieren, diese ist ja schon vor längerer Zeit auch auf dem livländischen Aerztetage festgestellt worden. Immerhin sei ins Gedächtnis gerufen, dass es zur Zeit der Einführung der Sanitätsreform in Estland auf dem flachen Lande 10 von Vereinen unterhaltene Arztstellen, 4 Fabrikarztstellen, 2 Stiftungen (Tarwa und Püchtitz) und 4 freipraktizierende Aerzte gab, die ihre Umgegend mit medizinischer Hilfe versorgten; dazu sind die 11 Aerzte in den vier kleinen Städten und Reval für die nahstädtischen Gegenden, in toto 31, hinzuzurechnen. Die in Betracht kommenden Aerzte hatten ausser ihrer praktischen Tätigkeit keinen Einfluss auf die sanitären Zustände; die Pflichten einer sanitären Aufsicht lasteten bekanntlich alle auf den Kreisärzten der vier Kreise in Estland. Die Meldungen über den Ausbruch einer Epidemie mussten an den Kreisarzt gemacht werden, und dadurch wurde viel kostbare Zeit verloren. Die Kontrolle der Schutzpockenimpfung konnte nach den geltenden Bestimmungen so gut wie gar nicht durchgeführt werden. Eine sanitäre Kontrolle der Schulgebäude, Armenhäuser etc. gab es natürlich nicht. Hebammen waren in sehr geringer Zahl auf dem Lande tätig (15).

Die Empfindung des auf dem Lande praktizierenden Arztes, dass er Missständen gegenüber machtlos sei und ihnen tatenlos zuschauen müsse, veranlasste im Januar 1902 eine von der Gesellschaft praktischer Aerzte in Reval einberufene Versammlung dazu, eine Kommission einzusetzen, welche sich die Zusammenstellung eines Projekts zur Reorganisation des Sanitätswesens auf dem flachen Lande in Estland zur Aufgabe machen sollte, in der Hoffnung, dieses der Ritter- und Landschaft zu eventueller Benutzung zur Disposition stellen zu können. Diese Kommission hatte zum 1. estländischen Aerztetage im Oktober 1903 ein Projekt vorgelegt, welches vom Aerztetage zur Kenntnis genommen und einer nunmehr von dieser eingesetzten Kommission überwiesen wurde. Gleichzeitig hiermit hatte der Ritterschaftliche Ausschuss auf Anregung des Ritterschaftshauptmanns Baron Dellingshausen und des Ritterschaftssekretärs Baron Stackelberg eine vorbereitende Kommission zur Ausarbeitung eines Planes für eine Reorganisation des Sanitätswesens auf dem flachen Lande in Estland eingesetzt, welche von sich aus eine Enquete ausgeschrieben und eine Statistik über die Bevölkerungsbewegung und Zahl der praktizierenden Aerzte in Estland zusammengestellt hatte. Auf Grundlage der erhaltenen Daten baute die vorbereitende Kommission

ihr Projekt auf, nachdem sie zwecks Ausarbeitung von „Instruktionen“ für die anzustellenden Aerzte, sowie einer Taxe für die Bauerpraxis und einer Taxe für die Hebammen mit der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft und zwecks Ausarbeitung eines Hebammenreglements mit dem Kuratorium der Estländischen Landes-Hebammenanstalt in Relation getreten war.

Auf dem 2. Estländischen Aerztetag wurden die verlangten „Instruktionen“, die inzwischen von der ärztlichen Kommission der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft fertig gestellt waren, approbiert und die übrigen Anfragen beantwortet. Das Projekt, welches in allen Teilen dem Aerztetag zur Kenntnisnahme übersandt worden war, fand, da es in medizinischer Beziehung fast durchgängig den Ideen der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft entsprach, den vollen Beifall der Versammlung.

Das Projekt der vorbereitenden Kommission stützt sich auf die gegebenen Verhältnisse und ermöglicht eine Entwicklung der Reorganisation des Sanitätswesens unter nicht allzu grosser Belastung des landschaftlichen Steuerzahlers. Es hatte zwei Hauptziele im Auge: 1) die möglichst grosse Verbreitung medizinischer Hilfe zu möglichst geringem Preise und 2) die möglichst sorgfältige sanitäre Aufsicht auf dem Lande.

Zur Erreichung dieser Zwecke schlug die vorbereitende Kommission folgende Massnahmen vor:

Die Bildung von Verbänden, welche einen Arzt anstellen, soll durch Subventionen unterstützt werden, und zwar durch eine jährliche Subsidie für die Miete des Doktorats, eine jährliche Subsidie für die Miete eines Lokals zu einer Ambulanzstation — (unter Ambulanzstation ist gedacht ein kleines Hospital von 5—6 Betten und einem für eine ständige Ambulanz) — und eine Subsidie für die Anstellung zweier Hebammen. Wo keine Verbände existieren, sollen Hebammen direkt angestellt werden.

Aus den in den ersten Jahren vom zu bewilligenden Kredit nicht verbrauchten Summen sollten Darlehen zum Bau von Doktoraten und Ambulanzstationen erteilt werden.

Zur Ausführung der sanitären Aufsicht sollten von der Ritter- und Landschaft Aerzte angestellt werden, wobei die von den Verbänden angestellten Aerzte das Vorzugsrecht geniessen sollten. Zugleich wurde das Prinzip aufgestellt, wo irgend angängig, ortsansässige Aerzte anzustellen und nicht einzelne Sanitätsbbeamte.

Dieses Projekt wurde in bedeutend detaillierterer Ausführung, auf welche ich, um nicht zu wiederholen, hier nicht weiter eingehe, von der Kreisdeputiertenversammlung zum Antrag erhoben und dem ordentlichen Landtage im Januar 1905 als solcher vorgelegt.

Der Landtagsbeschluss, welcher dem Antrage der Kreisdeputierten beistimmte, lautete folgendermassen:

„Die Ritter- und Landschaft beschloss:

I. In das Budget der Landschaftskasse einen jährlichen Kredit von 30,000 Rbl. zur Hebung des Sanitätswesens auf dem flachen Lande einzustellen.

II. Den ritterschaftlichen Ausschuss zu autorisieren, die sub I genannten Mittel:

1) bis zum Betrage von 15,000 Rbl. zur Anstellung von 25—30 Landschaftsärzten mit einem Gehalt von 400—600 Rbl. in Anspruch zu nehmen, und diesen, von der sub III erwähnten Sanitätskommission anzustellenden und zu beaufsichtigenden Aerzten innerhalb bestimmter Bezirke die Verpflichtung der sanitären Aufsicht, sowie die Praxis unter dem Landvolk zu feststehenden Taxen aufzuerlegen;

2) bis zum Betrage von 7000 Rbl. zur Anstellung von 50—60 Landeshebammen mit einem Gehalt von 75 bis 150 Rbl. zu verwenden;

3) bis zum Betrage von 8000 Rbl, denjenigen privaten Verbänden zur Anstellung von Aerzten auf dem Lande, deren Aerzte die Pflichten eines Landschaftsarztes in einem bestimmten Rayon übernehmen können, als Subventionen anzuweisen zum Unterhalt von Krankenstationen, zur Anstellung von Pflegerinnen und Feldschern und, wo es erforderlich sein sollte, zur Miete von Doktoraten;

4) aus dem in den ersten Jahren nicht zur Verwendung gelangenden Teile des jährlichen Kredits von 30,000 Rbl. Darlehen zum Bau von Doktoraten auf dem flachen Lande zu erteilen.

III. Zur Ausführung der erforderlichen Vorarbeiten bei der Durchführung vorstehender Beschlüsse, zur Bearbeitung der einschlägigen Fragen und zur fortlaufenden Leitung des Sanitätswesens eine ständige Kommission unter dem Präsidium des Ritterschaftshauptmanns zu konstituieren, bestehend aus einem Vizepräsidenten, 4 Kreisgliedern, einem Arzte und einem geschäftsführenden Gliede, die vom ritterschaftlichen Ausschuss zu wählen sind, wobei es dem ritterschaftlichen Ausschuss überlassen wird, erforderlichen Falls ein Gehalt für den Arzt und das geschäftsführende Glied dieser Kommission zu fixieren und die Funktionen des geschäftsführenden Gliedes dem Arzte zu übertragen“.

Die im letzten Punkt genannte Kommission ist die Landes-Sanitätskommission, welche nach Uebernahme des bis dahin gesammelten Materials die Leitung der sanitären Angelegenheiten auf dem flachen Lande am 1. September 1905 übernehmen sollte. Infolge Auftretens der Choleragefahr im Frühling 1905 trat sie jedoch schon im April provisorisch zusammen, und da eine gedeihliche Arbeit im Jahre 1905/06 auf dem Lande unmöglich war, und infolge dessen nur wenig Erfahrungen gesammelt werden konnten, musste das Provisorium bis zum September 1906 fortgetzt werden.

Die regelmässige Arbeit der Sanitätskommission erstreckt sich demnach auf die Zeit nicht einmal eines vollen Jahres; man kann daher nicht erwarten, dass bereits in allen Teilen der Provinz durchgeführt worden ist, was den Initiatoren als Ideal erschien.

Die erste Aufgabe der Sanitätskommission war eine möglichst zweckentsprechende Einteilung des Landes in Bezirke, welche von einem Arzt versorgt werden sollten. Die verschiedenen bereits vorhandenen Einteilungsgesichtspunkte wie Kreise, Kirchspiele, Gemeinden und Gütergemeinden konnten nicht eingehalten werden, weil das Praxisgebiet der einzelnen Aerzte nicht in Uebereinstimmung mit den vorhandenen Grenzen zu bringen war. Infolge dessen musste eine selbständige Einteilung vorgenommen werden, welche jedoch, wo irgend möglich, auf die vorhandenen Grenzen Rücksicht nimmt. Wenn Sie einen Blick auf die Karte werfen wollen, so wird Ihnen auffallen, dass die Bezirke, welche den augenblicklich geltenden Sanitätsbezirken entsprechen, eine recht verschiedene Grösse haben. Vor einem Jahre sah die Einteilung noch ganz anders aus, es gab noch viel mehr „zu grosse Bezirke“, und ihre Anzahl war dementsprechend geringer. Hieraus ersehen Sie die Tendenz: Vermehrung und Verkleinerung der Sanitätsbezirke bis zum Ideal d. h. bis zu einer Territorialeinheit, die von einem Arzt gut übersehen und versorgt werden kann. Ich kann Ihnen die Grösse der Bezirke weder nach Flächenmassen, noch nach Bevölkerungszahl angeben; dazu gehören besondere Erhebungen; aber ein ungefähres Bild werden Sie bekommen, wenn Sie sich einen von den kleinsten Be-

zirken ansehen. Er ist 30 Werst lang und 15 Werst breit, der Arzt lebt gerade in der Mitte. Sie werden mir zugeben, dass ein derartiges Gebiet sowohl in hygienischer, als auch therapeutischer Hinsicht soweit beherrscht werden kann, als man wünscht.

Die Grundlage eines Rezirks bildet eine Landarztstelle. Sie wird geschaffen durch einen sogenannten Arztverband. Dieser ist eine Vereinigung von Personen, in der Regel von Gutsbesitzern, welche zusammen für sich und das Hofgesinde eine Arztstelle kreieren, ein Doktorat und womöglich ein Ambulanzstation unterhatten. Im Interesse der sanitären Verhältnisse liegt es nun, dass 1) die Anzahl dieser Arztverbände sich nach Möglichkeit mehrt und 2) dass sie gewisse Garantien für ihre Stabilität haben.

Man kann sagen, dieses sei ein schwacher Punkt der Sanitätsreform, weil er sich auf die Initiative von Privatleuten stützt, von denen man ja gar nicht weiss, ob sie sich zu einem Verbande zusammentun werden, ob der Verband von Dauer ist oder nächster Tage auseinandergeht. Indessen muss man nicht vergessen, dass sich ohne irgend eine Beihilfe 10 Arztverbände gebildet hatten; es ist mithin eine starke Tendenz zur Bildung solcher Verbände vorhanden. Der Erfolg muss hier ausschlaggebend sein: wenn man bedenkt, dass seitdem die Subventionen gezahlt werden, sich 6 neue Arztverbände gebildet haben, und der 7. in der Bildung begriffen ist, so hat man, denke ich, keinen Grund zur Annahme, dass die genügende Anzahl nicht schliesslich entstehen werde. Aber es sind ja nicht an allen Orten gerade Verbände notwendig, z. B. in der Nähe von Fabriken, ich nenne da Turgel, Kunda und Kertell, wo der gesetzmässig angestellte Fabriksarzt bequem einen, wenn auch nicht immer grossen Rayon versorgen kann.

Wie steht es nun aber mit der Stabilität der Verbände. Diese nach Möglichkeit zu festigen, ist eine Aufgabe der Landes-Sanitätskommission. Schon die Subventionen, welche mit der Gage des Verbandsarztes als Landschafts- resp. Sanitätsarztes zusammen die Summe von 1000 Rbl. pro Bezirk ausmachen, geben dem Verbande bleibenden Halt. Jedoch war es erforderlich den Verband vor dem Austreten einiger Mitglieder, deren Zahlung alsdann in Wegfall kommt, nach Möglichkeit zu schützen. Dieses wurde angestrebt dadurch, dass die Anstellung des Arztes zum Landschaftsarzt abhängig gemacht wurde vom Bestehen eines schriftlichen sogenannten Gesellschaftsvertrages unter den Mitgliedern eines Verbandes auf eine Reihe von Jahren und dem Bestehen eines richtigen Kontraktes mit dem angestellten Arzt. Für diese Verträge sind Schemata ausgearbeitet und den Verbänden zur Disposition gestellt worden. Nach Einführung des neuen temporären Vereinsgesetzes hat aber die Sanitätskommission den Verbänden empfohlen, sich in Vereine umzuformen und registrieren zu lassen. Zu diesem Zweck wurde ihnen ein Musterstatut und die in Betracht kommenden Punkte aus dem Vereinsgesetz übersandt. Diese Vereine geniessen die Rechte einer juristischen Person d. h. sie können durch eine ganze Reihe von Mitteln Kapitalien sammeln und den Besitztitel über Immobilien führen, zugleich haben sie das Klagerecht wegen nicht einlaufender Zahlungen und eine Pön auf unmotivierten Austritt einzelner Mitglieder.

Immerhin ist es doch nur ein Teil der Provinz, in welchem sich Vereine bilden können, in der Nähe der Städte und in einzelnen schwach bewohnten Gegenden steht eine derartige Bildung nicht zu erwarten. Dort sind nun städtische Aerzte zur sanitären Beaufsichtigung angestellt und, wie die anderen Landschaftsärzte, zu einer billigen Taxe für die Bauernpraxis verpflichtet worden.

Was nun die Anstellung der Hebammen betrifft, so sind fürs erste 60 Plätze geplant, d. h. für jeden Sanitätsbezirk 2. Bis jetzt giebt es 27 subventionierte und 13 nicht subventionierte Hebammen auf dem Lande, also 40 im ganzen. Wenn auch die geplante Anzahl noch lange nicht erreicht ist, so ist doch in dieser Beziehung ein bedeutender Fortschritt festzustellen. Ausserdem werden 3 Pflegerinnen subventioniert.

Für die Anstellung der Hebammen, welche teils durch die Arztvereine teils durch die Kirchenvorsteher etc. übernommen werden, sind von dem Landeshebammeninstitut Regeln ausgearbeitet und Kontraktschemata festgestellt. Die Taxe beträgt 1 Rbl. pro Geburt, 50 Kop. für Pflege- und Wartetag und 50 Kop. für verbrauchte Verbandstoffe und Desinfektionsmittel. Jede Hebamme bekommt ein Schnurbuch, in welches jede von ihr geleitete Geburt eingetragen wird. 4 mal im Jahr hat sie dem Arzt zu berichten. Ihr Besteck steht unter Kontrolle des Sanitätsarztes.

Ambulanzstationen sind 2 neue hinzugekommen, so dass incl. der subventionierten Privatklinik in Hapsal 8 subventionierte Krankheitsstationen zur Zeit bestehen. Für diese sind von der Landes-Sanitätskommission Statuten ausgearbeitet, die bei der Gründung vom Gouverneur bestätigt werden; es sind zwar noch nicht alle in Funktion, weitere Gründungen stehen bereits in Aussicht.

Die nächste Hauptaufgabe der Landessanitätskommission ist die Durchführung der sanitären Aufsicht auf dem Lande. Während die Abgrenzung der einzelnen Bezirke in bezug auf die Praxisgebiete nur die Rolle der besseren Uebersicht spielte und nicht etwa die Bedeutung hat, als dürfte die ärztliche Hilfeleistung nicht über die Grenze eines Sanitätsbezirks hinausgehen, tritt sie bei der sanitären Aufsicht in vollem Masse in Kraft. Alle Landschaftsärzte, d. h. also die auf dem Lande praktizierenden und diejenigen städtischen Aerzte, welche von der Ritter- und Landschaft gagiert werden, — im ganzen z. Z. 31 — haben einen bestimmten scharf abgegrenzten Bezirk, in welchem sie die sanitäre Aufsicht ausüben. Jeder von ihnen ist im Besitz einer Karte seines Bezirks, in der die Grenze eingezeichnet ist; jedem Gute und jeder Gemeinde ist mitgeteilt, zu welchem Sanitätsbezirk sie gehören, an welchen Arzt sie sich in sanitären Fragen zu wenden haben.

Die Arbeit der sanitären Aufsicht ist in der vom Estländischen Gouverneur am 11. Oktober 1906 bestätigten „Interimistischen Instruktion" fixiert worden.

Unter den darin gegebenen Aufgaben ist der Kampf mit den Epidemien der am schwierigsten durchzuführende Teil. In der Meinung, hier am besten durch Aufklärung der Bevölkerung zu wirken, hat die Estländische Landes-Sanitätskommission die Abfassung von Merkblättern angeregt und ihre Druckkosten übernommen. Von solchen sind von den Mitgliedern der Estl. Aerztlichen Gesellschaft eine ganze Reihe ausgearbeitet worden. Fertig gestellt sind Merkblätter über Scharlach, Diphtherie, Pocken und Typhus. Diese werden von den Landschaftsärzten im Fall einer Erkrankung resp. Epidemie unentgeltlich verteilt. Im Fall gefährlicher Epidemien, wie Cholera, werden von der Sanitätskommission die Sanitätskolonnen ausgerüstet, Aerzte und medizinische Hilfskräfte angestellt oder zur Hilfe gesandt; Desinfektionsmittel, Heilserum etc. können stets auf Kosten der Ritter- und Landschaft bezogen werden.

Zur bequemeren und einheitlicheren Berichterstattung über die von den Landschaftsärzten ausgeführten Revisionen sind Formulare angefertigt worden, und zwar für die Schulgebäude, sowie für die Untersuchung der Schulkinder. Die ersteren (I A), welche nur einmal ausgefüllt werden, sind bereits fast alle vorhanden. Bis

auf eine ganz geringe Anzahl von Schulen verfügt die Landes-Sanitätskommission über eine genaue Beschreibung aller in Estland vorhandenen Volksschulen, Parochialschulen, Ministeriellen und Orthodoxen Kirchen-Schulen und Lehrstuben.

Die Berichte IB werden jährlich eingeschickt und enthalten das medizinich-statistische Material, sowie Bemerkungen über Fortschritte in der Verbesserung der Gebäude und hygienischen Versorgung der Kinder.

Diese und die Formulare für Berichte über Armenhäuser, Hospitäler, Hebammen, Feldscher haben dem Estländischen Aerztetage zur Begutachtung vorgelegen.

Zum Schluss erwähne ich die Durchführung eines neuen Impfreglements, welches von Dr. Nottbeck in Weissenstein ausgearbeitet, vom Estländischen Aerztetag begutachtet und von der Landes-Sanitätskommission dem estländischen Gouverneur zur Bestätigung eingereicht wurde. Nach diesem am 28. Februar 1907 bestätigten Impfreglement ist es möglich, eine allgemeine Pockenimpfung durchzuführen, — nur inbezug auf das Eisenbahnterritorium ist die Frage der Impfung noch nicht geklärt.

Die Lieferung der Lymphe ist von der Landes-Sanitätskommission übernommen worden; sie wird von Shiwopisez (Живописецъ) in Orel bezogen und den Gemeindeimpfern 2 mal jährlich unentgeltlich zugestellt. Die Unkosten werden von der Ritter- und Landschaft getragen; sie belaufen sich annähernd auf 500 Rbl. pro anno.

Meine Herren. Ich habe versucht, in allgemeinen Zügen Ihnen das darzustellen, was eben in Estland für eine Aufbesserung der sanitären Verhältnisse geschieht und angestrebt wird. Die kurze Zeit, die seit dem Landtagsbeschluss verstrichen ist, erklärt den Umstand, dass die Durchführung noch nicht abgeschlossen ist. Indes muss hervorgehoben werden, dass diese neuen Einrichtungen eine Ergänzung zu dem bilden, was schon früher von der Estländischen Ritter- und Landschaft für sanitäre Zwecke geschehen ist: ich erinnere an das Leprosorium in Kuda, die Subvention der Irrenanstalt in Seewald und anderer Anstalten, den ständigen Kredit zur Verhinderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten etc. etc.

Was nun die Beratung der Landes-Sanitätskommission betrifft, haben sich die Verhältnisse so gefügt, das alle wichtigen sanitären Fragen der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft vorgelegen haben und auch fernerhin vorliegen. Durch dieses Zusammenarbeiten gewinnt die Landes-Sanitätskommission eine ständige Instanz für die Begutachtung der sich immer wieder ergebenden Probleme, und die Estländische Aerztliche Gesellschaft die grosse und dankenswerte Aufgabe der Mitarbeit am Ausbau der Reform. Die Landschaftsärzte, welche als ausführende Organe der Landes-Sanitätskommission anzusehen sind, haben so Gelegenheit, ihre auf persönlicher praktischer Erfahrung sich stützenden Vorschläge dem Forum der gesamten Aerzteschaft der Provinz zu unterbreiten. Diese Aufgabe kann nur durch einen provinziellen — in diesem Falle Estländischen-Aerztetag gelöst werden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ign. Schwarz. Die medizinischen Handschriften der kgl. Universitätsbibliothek in Würzburg. Würzburg. A. Stubers Verlag (Curt Kabitzsch) 1907.

Das Buch enthält ein beschreibendes Verzeichnis der medizinischen Handschriften mit literarhistorischen Anmerkungen und zerfällt in 4 Teile. Im ersten Teil werden die Handschriften des 13.—16. Jahrhunderts aufgezählt und erläutert. Dieser Abschnitt ist der interessanteste und reichhaltigste. Wir sehen daraus, dass die Würzburger Universitätsbibliothek Handschriften von Werken vieler hervorragenden Aerzte des Altertums und des Mittelalters besitzt, wie z. B. Aristoteles, Hippocrates, Avicenna (in der lateinischen Uebersetzung des Gerhard von Cremona), Ali ben Abbas (in der ersten lat. Uebers. des Constatinus Africanus), des Albertus Magnus (Graf v. Bollstädt) Summae naturalium, Varia Opuscula und einige ihm zugeschriebene Werke, 2 Werke des Arnoldus de Villanova, eines der bedeutendsten Lehrer der Medizin an der Schule von Montpellier, der die Wissenschaft aus dem Banne der Scholastik befreien half und einer der ersten war, die den Grund für eine rationelle, auf dem Experiment basierte Entwickelung derselben legten. Ferner wären von den bedeutenderen zu nennen Bartholomäus de Glanvilla, Constantinus Africanus, Kunrat v. Megenbergs (1309—1374) Buch der Natur — die erste deutsch geschriebene Naturgeschichte, — die beiden Mesuë, Bartholomäus de Montagnana (einer der bedeutendsten Lehrer in Padua, † 1460), des Nicolaus Präpositus Werk «Antidotarium», eine pharmakologische Arbeit, 1130 verfasst, mit einer Notiz über anästhesierende Inhalationen bei chirurgischen Eingriffen, mehrere Schriften des Richardus Anglicus, das Breviarium des Serapion, 2 Schriften des Thomas Cantipratanus und Andere. Im Ganzen enthält dieser Abschnitt 64 Handschriften. Im zweiten Teil werden 25 Handschriften des 17.—19. Jahrhunderts angeführt, darunter wieder eine des Aristoteles in lateinischer Uebersetzung aus dem 17. Jahrhundert und zum Schluss Vorlesungen von Würzburger Professoren aus der Mitte des 19. Jahrhunderts. Der dritte Teil umfasst 15 Nummern, deren Inhalt aus Rezepten und medizinischen Notizen besteht und der vierte Teil enthält 30 historisch-medizinische und biographische Aufzeichnungen.

Im Anhang werden 2 anatomische Werke nach Würzburger Handschriften reproduziert: 1) die Anatomie des Copho II (1085—1100 in Salerno) und 2) die Anatomie des Richardus Salernitanus (1130—1181), die schon 1875 von Florian in einer Inauguraldissertation in Breslau und 1898 von Tarasch in einer Berliner Dissertation veröffentlicht worden war und zwar auf Grund einer Handschrift der Berliner Bibliothek, die nach Schwarz viele corrumpierte Stellen enthalten soll. Beide «Anatomien» sind auf der Sektion von Schweinen basiert. Die Anatomie des Copho ist bekannt unter dem Titel «Anatomia porci». Da die Sektion menschlicher Leichen im Mittelalter mit grossen Schwierigkeiten verknüpft war, so wurden zu Lehr- und Lernzwecken Tiere seziert und zwar vorzugsweise Schweine, weil man annahm, dass den inneren Organen des Menschen die des Schweines am ähnlichsten wären. «Quaedam animalia sunt similia hominibus in exterioribus, quaedam in interioribus. In exterioribus tantum ut ursa, simia, in interioribus porcus», heisst es bei Richardus.

Den Schluss des Werkes bildet ein Verzeichnis der besprochenen Handschriften nach ihren Signaturen und ein Verzeichnis der Vorbesitzer der Handschriften. Das Buch enthält viel Interessantes und hat für denjenigen, der sich mit der Geschichte der Medizin beschäftigt, den Wert, dass er hier ein Verzeichnis aller medizinischen Handschriften einer Bibliothek kritisch gesichtet findet, die bei der Bearbeitung der Geschichte der einzelnen medizinischen Disziplinen verwertet werden können. Es wäre eine dankenswerte Mühe, wenn alle Bibliotheken, die Handschriften besitzen, ein solches Verzeichnis herausgäben. Auf solche Weise würde dem Forscher das zeitraubende Suchen erspart und die Aufmerksamkeit derjenigen, die sich für den Gegenstand interessieren, auf bestimmte Punkte hingelenkt werden.

Fr. Dörbeck.

Bericht über die wissenschaftliche Tätigkeit des Verein's St. Petersburger Aerzte im Jahre 1907.

Zusammengestellt vom wissenschaftlichen Sekretär O. Moritz.

Im Jahre 1907 hielt der Verein 16 wissenschaftliche Sitzungen ab, auf welchen von 25 Mitgliedern und 2 Gästen 44 wissenschaftliche Mitteilungen gemacht, mehrere Kranke und eine grössere Anzahl makroskopischer und mikroskopischer Präparate, elektrischer Apparate und Röntgenogramme demonstriert wurden.

Die Vorträge verteilen sich folgendermassen auf die einzelnen Disziplinen:

Pathologische Anatomie.

1. Ucke: Demonstration eines Präparates von Duodenalatresie.

Bakteriologie und Hygiene.

1. Hörschelmann: Ueber die Anwendung des Autan zu Desinfektionszwecken.
2. Hörschelmann: Zur Desinfektionsfrage.
3. Ucke: Korreferat zur Desinfektionsfrage.
4. Ucke: Bericht über die Typhusdebatte auf der Naturforscherversammlung in Dresden.

Chirurgie.

1. Dombrowsky: Demonstration von Projektilen und eines Patienten mit Schussverletzungen.
2. A. Feldt: Ueber otitische Kleinhirnabszesse.
3. Fick: Ueber die Heilwirkung der Gastroenterostomie bei Ulcus ventriculi.
4. Fick: Ueber die Dauerresultate der chirurgischen Behandlung des Ulcus ventriculi.
5. Fick: Demonstration eines Präparates von einem Fall von Gastroenterostomie bei Carcinoma ventriculi.
6. Fick: Demonstration von Röntgenbildern eines Falles von Calcaneusfractur.
7. Fick: Demonstrationen a) eines Präparates von einem Fall von Gastroenterostomie bei Ulcus duodeni.
   b) von operativ aus dem Kniegelenk entfernten Gelenkkörpern.
8. Henking: Beiträge zur retrobulbären Chirurgie. (Mit Krankenvorstellung).
9. Klopfer: a) 1 Fall von Blasentumor.
   b) Ueber geheilte Calcaneodynie. (Mit Demonstration von Röntgenbildern).
10. Klopfer: Zur Kasuistik des Volvulus bei Hirschsprung'scher Krankheit.
11. Lange: Bericht über 5 Kleinhirnabszesse.
12. Lange: Ueber Thorakoplastik.
13. Sender: Ueber Luxatio iliaca.
14. Weber: Ueber das primäre Carcinom des Wurmfortsatzes.
15. Weber: Aetiologie der Coxa vara.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

1. Bohnstedt: Ueber Serumbehandlung bei puerperalen Sepsis.
2. Heimbürger: Ueber Metritis dissecans.
3. Küttner: 2 Fälle von vaginalem Kaiserschnitt.

Innere Medizin.

1. Albanus: Ueber Fieber bei Syphilis.
2. Amburger: Ueber moderne Krebsforschung.
3. Moritz: Ueber akute Lymphocytenleukämie.
4. Ungern-Sternberg und Ucke: Kasuistische Mitteilung über einen Fall von Herzabszess bei Sepsis.

Kinderheilkunde.

1. Fuhrmann: Demonstration eines Darmes mit Hirschsprung'scher Krankheit (Megalocolon congenitum).
2. Fuhrmann: 3 Fälle von angeborner Darmatresie.
3. Fuhrmann: Ueber fieberhafte Darmerkrankungen der ersten Lebenstage.

Psychiatrie.

1. Bary: Ueber verminderte Zurechnungsfähigkeit.
2. Bary: Psychiatrische Fragen.

Augenkrankheiten.

1. Blessig: Ueber Glaucom in seinen Beziehungen zu Allgemeinleiden (Präsidialvortrag).
2. Blessig: Die Lokaltherapie des Glaucom und über den Heilwert der Iridektomie.
3. Blessig: Zur Tuberkulinbehandlung in der Augenheilkunde.
4. Lezenius: Demonstration eines Lidtumors.
5. Lezenius: Demonstration eines aus der Orbita extrahierten Fremdkörpers.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

1. Petersen: Demonstration eines Falles von Sklerodermie.
2. Petersen: Ueber die diagnostischen lokalen Tuberkulinimpfungen nach Pirquet.
3. Schiele: Ueber gonorrhoische Erkrankungen der Prostata.

Diversa.

1. Fischer: Die Krankengeschichte des Leibmedikus Dr. Hirsch.
2. Ingenieur Grisson (Gast): Demonstration elektrischer Apparate.
3. v. Holst (Hapsal, — als Gast): Der Kurort Hapsel.
4. Masing: Demonstration von leicht verbrennbaren Speinäpfen aus dem Sanatorium Pitkäjärwi.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Auf eine 30-jährige ärztliche Tätigkeit konnte im vorigen Monat der Prof. ord. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der Dorpater Universität Dr. Wladimir Tschish zurückblicken. — Der Jubilar, welcher in diesen Tagen sein 58. Lebensjahr vollendet, hat seine medizinischen Studien an der mediko-chirurgischen Akademie i. J. 1878 als Arzt cum laude absolviert, war dann an verschiedenen psychiatrischen Abteilungen von Hospitälern in Kronstadt und Petersburg angestellt, fungierte auch als Privatdozent für gerichtliche Psycho-Pathologie an der Petersburger Universität und für Psychiatrie an der militär-medizinischen Akademie, bis er im Juli 1891 der Nachfolger Prof. Kraepelins, der einem Rufe nach Heidelberg folgte, auf dem Lehrstuhl der Psychiatrie in Dorpat wurde, den er noch gegenwärtig inne hat.

Ordensverleihungen: Dem Gehülfen des Ober-Medizinalinspektors, Staatsrat Dr. Nikolai Schmidt, ist der St. Wladimirorden IV. Klasse und dem Dozenten an den Kursen für physische Ausbildung bei der Hauptverwaltung der Militär-Lehranstalten, verabschiedeten wirkl. Staatsrat Dr. Paul Ssutugin — der St. Stanislausorden II. Klasse verliehen worden.

— Der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des Petersburger Militärbezirks Dr. Jakimowitsch ist für Auszeichnung im Dienst zum wirkl. Staatsrat befördert worden.

— Der Assistent des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. Arthur v. Wahl, hat sich mit Genehmigung des Konseils als Privatdozent für Syphilidologie am genannten Institut habilitiert.

— Das Kuratorium der bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften bestehenden Liebig-Stiftung hat dem Direktor des Berliner hygienischen Instituts, Prof. Dr. Max Rubner, die goldene Liebig-Medaille verliehen.

— Der bekannte Laryngologe, Prof. extraord. der Universität Heidelberg, Dr. A. Jurasz, folgt einem Rufe als ausserordentlicher Professor für Laryngologie und Ohrenheilkunde an die Universität Lemberg.

— Zum Nachfolger Prof. Thierfelders auf dem Lehrstuhl der allg. Pathologie und pathologischen Anatomie an der Universität Rostock ist der bisherige Professor der pathologischen Anatomie Dr. Ernst Schwalbe in Heidelberg ernannt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 20. Mai in Sewastopol der Kreisarzt von Rjasan, Staatsrat Dr. Leo Scheffer, im 63. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seit 1871 die ärztliche Praxis ausgeübt hat, war auch als Bezirksarzt an der Rjasan-Koslower Eisenbahn angestellt. 2) In Charkow der emeritierte Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie, wirkl. Staatsrat Dr. Nikolai Tolotschinow, im Alter von 70 Jahren. Nach Absolvierung seiner Studien an der

Universität Kiew i. J. 1864 war der Dahingeschiedene Dozent, dann Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an dieser Universität, folgte aber später einem Rufe auf dem entsprechenden Lehrstuhl der Universität Charkow. Nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist lebte er in Charkow im Ruhestande. 3) In Soligalitsch (Gouv. Kostroma) der freipraktizierende Arzt Alexander Starkow im 41. Lebensjahre. Gleich nach Beendigung des Kursus i. J. 1894 trat St. in den Dienst der Landschaft und leitete das Landschaftskrankenhaus in Soligalitsch, wurde aber im Anfang dieses Jahres wegen seiner Zugehörigkeit zu der örtlichen Kadettenpartei vom Gouverneur auf administrativem Wege seines Amtes entsetzt und musste daher in der letzten Zeit als freipraktizierender Arzt mit seiner grossen Familie sich kärglich durchschlagen. 4) Auf der Station Skernewice der Arzt am Odessaer Schlachthof Moses Schestopal im 56. Lebensjahre nach mehr als 25-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er ist auf dem Wege ins Ausland, wohin er zur Wiederherstellung seiner Gesundheit reiste, auf der Eisenbahnstation plötzlich verstorben. 5) In Paris der bekannte Bakteriologe und Mitarbeiter Pasteurs, Dr. Ch. Chamberland.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Bekanntlich hat das Ministerium der Volksaufklärung den Rektor und die Professoren der Odessaer Universität für ihre Untätigkeit und ihre zweifelhafte Haltung gegenüber den Umsturzelementen unter den Studierenden während der sogenannten «Freiheitsbewegung» zur strafrechtlichen Verantwortung gezogen. Wie neuerdings aus Odessa gemeldet wird, wird auch der ganze Bestand des studentischen Zentralorgans der dortigen Universität dem Gericht übergeben.

— Die Wiedereröffnung der Universität Warschau in diesem Herbst nach einer fast dreijährigen Pause ist eine beschlossene Sache. Im Hinblick auf die Wiederaufnahme der Lehrtätigkeit hat das Universitätskonseil in einer ausserordentlichen Sitzung die Regeln für den Eintritt ausgearbeitet und beschlossen, die Aufnahme der Studierenden in den ersten Kursus am 1. Juni zu eröffnen.

— Das Dozentenpersonal der im Herbst d. J. in Dorpat ins Leben tretenden freien Hochschulkurse besteht, wie dem «R. Wratsch» mitgeteilt wird, aus dem Direktor der Kurse Prof. Rostowzew — für Anatomie, dem Privatdozenten Grinewecki — für Botanik, Prof. Saint-Hilaire — für Zoologie und Histologie, Prof. Bogojawlenski — für organische Chemie, dem Privatdozenten Kultaschew — für anorganische Chemie, dem Assistenten Ssacharow — für Physik, Prof. Jarozki — für Bakteriologie, Prof. Tarassenko — für Mineralogie und Prof. Kolossow — für Mathematik und Mechanik. Die Annahme von Aufnahmegesuchen in den ersten Kursus der naturwissenschaftlichen und medizinischen Abteilung hat bereits am 1. Mai begonnnen, die Prüfungen von Personen, die kein Maturitätszeugnis einer mittleren Lehranstalt besitzen, werden vom 1.—10. September stattfinden.

— Die Universität von Neapel war in diesen Tagen der Schauplatz ernster Unruhen seitens der Pharmaziestudierenden. Aufgebracht wegen eines dem Parlament vorliegenden Gesetzes, welches angeblich ihre Interessen schädigt, beschlossen sie, als ihren Wünschen nicht entsprochen wurde, die Schliessung der Universität herbeizuführen. Sie drangen in das Gebäude der juristischen Fakultät ein und demolierten dort alles, was nicht niet- und nagelfest war. Die Universität ist infolgedessen einstweilen geschlossen worden.

Standesangelegenheiten.

— Die auf der Generalversammlung am 26. April d. J. nach Rücktritt der bisherigen Verwaltungsglieder (E. S. Botkin, J. Dolinski, P. Sadowski und J. Drosdowski) neugewählte Verwaltung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zu gegenseitiger Hülfeleistung besteht aus den Aerzten Dr. Gr. Jepifanow — als Präses, Dr. W. Uschakow — als Vizepräses, Dr. M. Asche — als Kassierer, Dr. W. Andres — als Kassierergehülfe, Dr. W. Mamonow — als Schriftführer und Dr. G. Grigorjew — als Verwaltungsmitglied. (R. Wr.).

— In der Reichsdumasitzung am 29. Mai machte Prof. Kapustin (Kasan) auf die schwierige Lage der Militärärzte aufmerksam. Namentlich sei eine schleunige Realisierung des Willens Sr. Majestät des Kaisers in Sachen der Gründung einer Hauptsanitätsverwaltung für die Armee notwendig, um eine grössere Selbständigkeit der Militärärzte in den Hospitälern und Lazaretten zu ermöglichen.

— Reform des Militär-Medizinal- und Sanitätswesens in Aussicht. In der Reichsdumasitzung am 29. Mai gab der Kriegsminister General Rödiger bei Beratung des Militäretats bezüglich der von der Kommission beantragten Beschleunigung der Durchführung der Reform des Medizinal- und Sanitätswesens bei den Truppen die Versicherung, dass in dieser Beziehung der erste Schritt bereits getan ist. Es sei vom Kriegsminister die Verfügung (die aber noch keine Sanktion erhalten konnte) getroffen worden, dass die Leitung der Masse unserer ärztlichen Institutionen zu Friedenszeiten, namentlich die Regimentslazarette, den Aerzten übertragen werden soll. Da die kleinen Lazarette sich schon jetzt unter ihrer Leitung befinden, so soll zunächst die Uebergabe der grösseren Lazarette und dann auch die der grossen Hospitäler unter ärztliche Leitung stattfinden.

— Aus der III. Reichsduma sind zwei ärztliche Mitglieder derselben ausgeschieden, und zwar der alte sibirische Freiheitskämpfer Dr. W. Stielke, Deputierter des Wjatkaschen Gouvernements, durch den Tod, der ihn auf der Reise in die Heimat ereilte, während der Deputierte des Gouvernements Orenburg Dr. N. Terebinski freiwillig sein Mandat niedergelegt hat.

— Der Deputierte der I. Reichsduma Dr. Kazenelson hat sich aus Libau nach Bobruisk begeben, um dort seine dreimonatige Gefängnisstrafe für die Unterzeichnung des Wiborger Aufrufs abzubüssen.

— Der hiesige Arzt Dr. Pantschenko, Redakteur des Journals «Всемірный Юморъ» (Welthumor), wurde für Abdruck von Novellen aus der Sammlung König Ludwig XI. und der Königin Margarete von Navarra gerichtlich belangt und vom Petersburger Bezirksgericht wegen des die öffentliche Sittlichkeit verletzenden Inhalts derselben zu 25 Rbl. Strafe oder 5 Tagen Arrest verurteilt.

Vereins- und Kongressnachrichten

— Wir machen wieder darauf aufmerksam, dass der XX. Livländische Aerztetag am 28., 29. und 30. August d. J. in Riga abgehalten werden wird und dass die Anmeldungen von Vorträgen an den Präses Dr. A. v. Bergmann (Schulenstrasse) oder an den ersten Sekretär Dr. W. v. Holst (Nikolaistrasse) zu richten sind, jedoch nicht später als bis zum 30. Juni.

— In den Vorstand der Gesellschaft russischer Aerzte in Moskau sind für das laufende Vereinsjahr der bisherige Präses Dr. J. Ssarytschew sowie die Sekretäre Dr. W. Schamschin und Dr. W. Serenin wiedergewählt und zum Vizepräses — Dr. M. Jakowlew, zum Kassierer — Dr. N. Memorski sowie zum Bibliothekar — Dr. K. Buinewitsch neugewählt worden.

— Der VIII. Kongress Russischer Chirurgen wird vom 19.—22. Dezember 1908 in Moskau stattfinden. Auf der Tagesordnung stehen zwei Themata: 1) Die chirurgische Behandlung der Hypertrophie und der Neubildungen der Prostata. (Berichterstatter: Prof. S. Fedorow — St. Petersburg). 2) Die Chirurgie der vorderen Bauchwand. Berichterstatter: Prof. P. Djakonow-Moskau). Etwaige Vorträge und wissenschaftl. Mitteilungen sind unter Beifügung kurzer Inhaltsangaben derselben bis zum 25. November bei dem Präses der Gesellschaft Russischer Chirurgen in Moskau, Professor Dr. F. A. Rein (Москва, Плющиха, Неопалимовскій пер., д. Кольбе) schriftlich anzumelden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Verbreitung von Mikroorganismen in der Atmosphäre ist neuerdings vor dem Stabsarzt des Luftschiffer-Bataillons in Berlin Dr. Flemming bei Gelegenheit von Ballonfahrten untersucht worden. Es hat sich hierbei herausgestellt, dass die bisherige Lehre von der Keimfreiheit der höheren Luftschichten völlig irrig ist und dass sich vielmehr Bakterien noch über 4000 Meter erheben und dort lebensfähig erhalten können. Die Anzahl der Bakterien nimmt nicht einmal, wie man erwarten möchte, mit steigender Höhe progressiv ab, sondern bleibt von den ersten 500 Metern (direkt über der Erdoberfläche) an ziemlich konstant.

Bf.


Natürliches Mineralwasser
VICHY ETAT
VICHY
VICHY ETAT
Die Quellen gehören der Französischen Regierung.
Man hüte sich vor Nachahmungen und BEZEICHNE GENAU DIE QUELLE
VICHY CÉLESTINS
Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.
VICHY GRANDE GRILLE
Leber- u. Gallenblasen-Krankheiten.
VICHY HOPITAL
Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens u. der Därme.



EUCHININ

Entbittertes Chinin, gleiche Heilwirkung wie letzteres bei **Fiebern, Influenza, Typhus, Keuchhusten, Malaria** und **Neuralgie.**

VALIDOL

Energisches und dabei reizloses **Analepticum, Antihystericum, Antineurasthenicum** und **Stomachicum;** ferner gutes Mittel gegen **Seekrankheit.**

VALIDOL. CAMPHOR.

Hervorragendes **Excitans** für schwere Erschöpfungszustände, ausserdem unentbehrlich in der **Zahnpraxis.**

(5) 17–12.

Den Herren Aerzten stellen wir ausser Literatur auch Muster zur Verfügung.
Bei der Bestellung wolle man sich auf Anzeige № 195 bezieheh.



Saison: Anfang April bis Ende Oktober

Rakoczy
Maxbrunnen u. Pandur
weltberühmt für
Trinkkuren
(Wasserversand)

2 Solesprudel mit hohem Kohlensäuregehalt zu Badekuren

Moorbäder, Gradierwerk, Inhalatorien, Pneumatische Kammern, Traubenkur.
Auskünfte und Prospekte: Kurverein.

(63) 5–4.

Hervorragend blutbildendes Kräftigungs- und Ernährungsmittel.



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.
Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,
(21) 52–22. St. Petersburg. Offizerskaja 6, Quartier 37.

BAD HALL, (Oberösterreich).

Jodbrombad ersten Ranges.

Aelteste und heilkräftigste Jodquelle in Europa.

Gegen Frauenkrankheiten. Exsudate. chronische Entzündungen, Scrophulose, Syphilis erworbenen oder ererbter Natur und deren Folgekrankheiten, Gicht, Rheumatismus etc. etc.

Modernste Kurbehelfe. Auskünfte erteilt *die Badeverwaltung.*

(61) 6–5.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.

Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, medico-mechanisches Institut, Inhalatorium.

Österreichs hervorragendstes Herzheilbad.

Bewährt bei: **Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.**

Saison Mai bis September. Prospekte gratis.

(45) 12–8.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach.

Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 24 St. Petersburg, den 14. (27.) Juni. 1908.

Altersveränderungen des Venensystems der Nebennieren.

Von

Dr. med. E. Landau,

Assistent des anatomischen Instituts in Dorpat.

Es ist ein unerschütterliches biologisches Prinzip, dass alles Organische, das nur durch Wechselbeziehungen zu seiner Umgebung seine vollendete Form und Individualität gestaltet, erhält und zu einem Kulminationspunkte bringt, sich bei diesen Wechselbeziehungen unvermeidlich allmählich verbraucht und zuletzt erschöpft. An der Grosshirnrinde so hervorragender Männer, wie es Momsen, v. Menzel, Bunsen und v. Helmholz waren, ist neuerdings von v. Hansemann senile Atrophie beschrieben worden. Diese senile Atrophie bemächtigt sich natürlich aller unserer Organe und von einer kleinen interessanten Beobachtung, die ich in dieser Hinsicht gemacht habe, will ich im Folgenden berichten. Es handelt sich um die Nebenniere.

Schon Anatomen, wie Ecker, Henle und v. Kölliker, berichten, dass in der Rinde der Nebenniere das Fett mit dem Alter immer zunimmt. Hultgren und Andersson berichten vom Auftreten nicht unerheblicher Züge fibrillären Bindegewebes an der Grenze zwischen dem Mark und der Rinde bei sehr alten Tieren. Die Beobachtung von A. Dostojewski, dass im Alter eine bedeutende, zuweilen auffallende Verkleinerung der Nebennieren zu Tage tritt, wird wohl ein Jeder, der einigen Dutzenden von Obduktionen beigewohnt hat, vollauf bestätigen können. — Es fragt sich nun, wie sich die Blutgefässe der von der Altersatrophie betroffenen Organe verhalten. Diese Frage in Bezug auf Erkrankungen der Herzmuskulatur und der sie versorgenden Gefässe ist bereits vor längerer Zeit von K. Dehio aufgeworfen worden und kann leider wegen der vorläufig unüberwindlichen rein technischen Schwierigkeiten mit Hilfe von Korrosionspräparaten nicht mit absoluter Sicherheit beantwortet werden. Von der Nebenniere lassen sich die dazu nötigen Präparate viel leichter herstellen und schon meine Erfahrungen haben genügt, um einiges Bemerkenswerte zu Tage zu fördern. Es handelte sich darum, von verschieden alten Individuen das Blutgefässystem der Nebennieren nach Möglichkeit in toto darzustellen. Es mussten also Korrosionspräparate angefertigt werden, d. h. solche, bei welchen die Lumina der Gefässe durch irgend eine erstarrende Masse injiziert waren und das sie umgebende Parenchym nachträglich zerstört event. korrodiert wurde. Dieser Methode bedienten sich A. Rauber und Welcker bei der plastischen Darstellung der ventrikulären Oberfläche der Hemisphären; Hyrtl, Bezold, Siebenmann u. a. beim Studium des inneren Gehörorgans; Ruysch, Lieberkühn, Hyrtl und viele andere bis in die neueste Zeit — zur Darstellung der Blutgefässe.

Die Nebenniere besitzt aber bekanntlich keine spezielle Nebennierenarterie und erhält ihr Blut aus 15—20 kleinen Aestchen, die aus den Aa. renalis, phrenica, (zuweilen lumbalis) und Aorta abdominalis stammen — ein Umstand, der an einer aus dem Körper geschnittenen Nebenniere die Injektion durch die Arterien verhindert. Da jedoch selbst die feinsten Injektionsmassen durch die Kapillaren nicht hindurchgehen, so würde sogar eine

gelungene Injektion der Arterienästchen einer Nebenniere noch immer nicht die Herstellung eines Korrosionspräparates ermöglicht haben, da alle Aestchen nach Zerstörung des Parenchyms, ohne Hauptast auseinanderfallen würden. Ich habe mich daher an das Venensystem der Nebenniere gehalten.

Bei dem Menschen ergiesst sich das aus den Nebennieren stammende Blut rechts in die untere Hohlvene, links in die linke Nierenvene, beiderseits durch die Vermittelung eines kurzen (2—3 cm.) Gefässstämmchens, der sog. vena suprarenalis. Im Inneren des Organs liegt die Hauptvene — vena centralis glandulae suprarenalis (eine direkte Fortsetzung der v. suprarenalis) in der Mitte des Organs, allseits von der Marksubstanz umgeben. Kleine und kleinste Venenstämmchen, die von der Peripherie zur Markschicht ziehen, münden entweder direkt in die Zentralvene oder aber vereinigen sich vorher zu grösseren Stämmen und fliessen nachher in die vena centralis. Die vena suprarenalis besitzt keine Klappen, und daher kann das venöse System der Nebenniere durch dieselbe bei genügender Uebung und Erfahrung recht gut zur Darstellung gebracht werden, dagegen besitzt der abführende Stamm der Nebennierenkapsel wohl Klappen und wird daher von der v. suprarenalis aus nicht injiziert werden können.

Die beigelegten Korrosionspräparate sind alle von linken Nebennieren hergestellt, alle mit derselben Masse und gleicher Technik injiziert. Fig. 1 stammt von einem 22-jährigen Manne (gestorben an Typhus abdominalis), Fig. 2 — von einem 30-jährigen Mädchen, das an einem Herzklappenfehler zu Grunde gegangen ist. Fig. 3 — von einem 80-jährigen Greis und Fig. 4 — von einer 82-jährigen Greisin, Fig. 5 dagegen — von einer 22-jährigen im 3. Monat Graviden, die sich bei blühender Gesundheit das Leben genommen hat. Der Unterschied springt in die Augen. Selbst im Vergleich mit dem Venensystem der beiden jugendlichen Personen ist dasjenige der Graviden ein viel entfalteteres, wie sehr sticht es aber von den zwei senilen Nebennieren, die einander recht ähnlich sind, ab! Wie üppig bei allen drei jungen Individuen, wie reduziert und gedrungen bei den Greisen.

Diese Beobachtung bestätigt aufs schönste die Möglichkeit nach den Blutgefässen über den Zustand des betreffenden Organs zu urteilen.

Referate.

Eduard Vestberg: Historisch-kritische Studien über die verwandelnde Erblichkeit nebst einer Gegenhypothese. (Schwedisch) Hygiea 1908. Febr.

Gleichartigkeit der Vererbung wurde ursprünglich als notwendiges Attribut des Erblichkeitsbegriffes angesehen. Erst in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde von Portal, Burrows und Anderen die Lehre aufgestellt, bei Nervenkrankheiten sei blos eine allgemeine Krankheitsanlage des Nervensystems erblich, bei Geisteskrankheit der Mutter z. B. könne Hysterie, Epilepsie u. s. w. bei der Descendenz auftreten und umgekehrt. Gegen diese jetzt allgemein anerkannte Lehre erhebt Verf. von neuem den Vorwurf und versucht ihn zu begründen, dass diese Lehre dem Begriff der Erblichkeit überhaupt widerspricht. Manche Nervenerkrankungen, die noch von Charcot als Stütze für die verwandelnde Vererbung angeführt wurden, wie die Tabes, die progressive Paralyse u. s. w. seien bereits ausgeschieden, da ihr infektiöser Ursprung nachgewiesen sei. Verf. versucht nun auf Grund verschiedener von ihm angeführten Tatsachen und Ueberlegungen geltend zu machen, dass wahrscheinlich alle Geisteskrankheiten auf eine infektiöse oder toxische Grundlage zurückzuführen sind.

Buch (Willmanstrand).

G. Heüman: Ueber elektrische Gegenströme im menschlichen Körper und ihre therapeutische Bedeutung. (Schwedisch) Hygiea, Jan.

Bei der gegenwärtigen Unterschätzung der Elektrotherapie sind wissenschaftliche Untersuchungen wie die vorliegende, willkommen. Verf. formuliert selbst folgende Zusammenfassung.

Nach Einleitung eines konstanten Stromes in die Arme oder Hände entsteht zwischen den Händen eine Voltaspannung, deren Richtung der des eingeleiteten Stromes entgegengesetzt ist.

Diese Spannung nimmt anfangs rasch ab, dann immer langsamer und kann noch nach Stunden nachgewiesen werden.

Die Spannung ist um so grösser, je stärker der angewandte Strom war und je länger seine Dauer.

Die Voltaspannung ist länger nachweisbar nach längerer Durchleitung eines schwachen Stromes, als wenn dieselbe Strommenge in grösserer Stärke kürzere Zeit durchgeleitet worden ist.

Dieselbe Strommenge gleich lange Zeit durchgeleitet ruft bei verschiedenen Individuen verschiedene Spannungskurven hervor.

Bei der Durchleitung elektrischer Ströme durch den Körper findet mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Elektrolyse in den Zellen des Körpers statt.

Bei der therapeutischen Anwendung des elektrischen Stromes scheinen langdauernde schwache Ströme besonders kräftig zu wirken.

Buch (Willmanstrand).

F. Westermark: Ein Fall von Uterusruptur mit Totalexstirpation des Uterus (Schwedisch). Hygiea 1907. August

Aufgenommen um 7 Uhr morgens, 39 J. alt, VIII para. Der Kopf stand bereits tief, Blase gesprungen. 12 Uhr 40 Min. noch schwache kindliche Herztöne hörbar, 10 Min. später die Mutter cyanotisch, Lippen blass, kalter Schweiss, Atemnot, keine kindlichen Herztöne. Zange. Kind tot. Uterus kontrahiert, keine Plazenta. Es wird eine Ruptur entdeckt, die in die Peritonealhöhle reichte. Plazenta offenbar in der Bauchhöhle. Laparotomie gegen 7 Uhr abends. Unregelmässige Ruptur an der vorderen Wand, z. T. in Quer-, hauptsächlich in Längsrichtung. Exstirpation des ganzen Uterus, Entfernung der reichlichen Blutcoagula und der Plazenta, die in der Bauchhöhle lagen. Aussehen nach Beendigung der Operation moribund, unregelmässige, schwache Respiration, Puls kaum fühlbar. Subkutan 500 ccm. Kochsalzlösung, Aether und Campher. Sie wurde wieder in Beckenhochlage gebracht, wonach Puls und Atmung voller wurden.

Am folgenden Tage Puls 120, Bauch stark aufgetrieben, auf Darmspülung kein Gasabgang, bei Magenspülung gehen grosse Mengen Gase durch die Sonde ab.

Am 2. Tage dasselbe, 2 mal Magenspülung, wobei viel Gase und grünlicher Mageninhalt emporkamen, abends reichlich Flatus, dann ungestörte Konvaleszenz.

Die Untersuchung des Uterus ergab, dass die elastischen Fasern in demselben fast vollständig fehlten, namentlich im unteren Segment fehlten sie so gut wie ganz.

Buch (Willmanstrand).

K. A. E. Friis: Ueber Untersuchung von Puls und Blutdruck bei Sportläufern und Auftreten von Albuminurie bei demselben. (Schwedisch). Hygiea 1907. Dezember.

Untersuchung von zahlreichen nicht berufsmässige Preisläufern vor und nach dem Rennen von 500 Metern bis 40200 Metern. Dies letztere war das interessanteste, auch wegen der Geschwindigkeit Die Zeiten waren für die 3 Preisnehmer 2 Stunden 48 Min. 22 Sek., 2 St. 58 Min. 3 Sek., 3 St. 7 Min. 27 Sek. Verf. begleitete die Preisrichter auf dem Automobil. Der 2. litt auf den letzten 10 Kilometern viel an Milzstechen und musste daher diese Strecke hauptsächlich gehend zurücklegen. Ein 17-jähriger Jüngling konnte nach 18 Kilometern nicht weiter, sondern musste sich am Wegrande hinlegen. Der Blutdruck war jetzt 28 mm. niedriger, als vor Beginn des Laufes. Nachdem er etwas Kognak, Nerventropfen und Thee erhalten, konnte er fortsetzen und lief bis zum Ende. Sein Blutdruck war jetzt noch um weitere 14 mm. gesunken, im Ganzen um 42 mm, von 108 auf 63 mm. Ein 15-jähriger Jüngling zeigte Herzerweiterung. Ein Teilnehmer hatte, am Ziel angekommen, Kopfschmerzen und Erbrechen. Es lassen sich folgende allgemeine Schlüsse ziehen.

Der Blutdruck steigt anfangs regelmässig und fängt dann wieder an zu fallen. Nach einem Lauf von 35—40 Min. (10 Kilometer) war in der Regel noch Blutdrucksteigerung zu kon-

statieren, nach einstündigem oder längerem Lauf stets eine Herabsetzung unter den Ausgangswert. Doch kämen Ermüdung, zufällige Indisposition, mangelnde Uebung u. s. w., diese Zahlen stark verschieben.

Interessant sind auch die Eiweissuntersuchungen. Keiner der Läufer zeigte vor dem Start Eiweiss im Harn, nach Beendigung des Laufes aber sämmtliche Teilnehmer, zum Teil grosse Mengen Eiweiss. Und zwar war der Eiweissgehalt um so stärker, je kleiner die durchrannte Strecke war, je intensiver also die Geschwindigkeit des Laufes und je plötzlicher die Steigerung des Blutdruckes; am stärksten zeigte sich dies bei 400 Metern. Nach dem Maratanlauf von über 40 Kilometern waren nur Spuren von Eiweiss zu finden. Der Eiweissgehalt war noch nach $1^1/_2$ St. festzustellen, am folgenden Tage aber immer verschwunden. Nach einem Wettlaufen von 13 gesunden Schülern im Alter von 13—14 Jahren fand sich nur bei 5 kein Eiweiss, bei den übrigen mehr oder weniger reichlich. Bei 2 derselben war Eiweiss auch vor dem Start nachweisbar gewesen (orthostatische juvenile Albuminurie), obgleich sich die Jungen ganz gesund fühlten. Verf. rät daher, dass vor dem Wettlauf jugendlicher Individuen eine ärztliche Untersuchung stattzufinden habe.

Buch (Willmanstrand).

Magnus Möller: Ueber die Verschwiegenheitspflicht des Arztes bezw. sein Anmeldungsrecht und über Erforschung der Ansteckungsquelle bei Infektionskrankheiten. (Schwedisch) Hygiea 1908, Jan.

Nachforschungen über die Infektionsquelle haben in Bezug auf ansteckende Krankheiten in Stockholm folgendes ergeben.

Die Männer der Arbeiterklasse erhalten ihre Genitalkrankheiten hauptsächlich durch Verbindungen ganz zufälliger Art. Name und Adresse des infizierenden Weibes war den Patienten in mehr als 65 pCt. der Fälle, ihr Beruf in mehr als 55 pCt. unbekannt.

Als Infektionsquelle spielt die Prostitution, und nicht zum wenigsten die reglementierte, eine dominierende Rolle. Von den infizierenden Weibern, deren Beruf den Patienten bekannt war, waren «eingeschrieben» 37,8 pCt., «wahrscheinlich eingeschrieben» 18,9 pCt. und «in Kondition» 43,3 pCt. Auch von diesen letzteren hatte mehr als ein fünftel Bezahlung verlangt.

Die zufälligen und daher gefährlichen Verbindungen werden zumeist draussen geschlossen, auf der Strasse u. s. w., wonach die Paare meist «ins Hotel» gehen. In mehr als $^1/_3$ der Fälle fand der Beischlaf in einem Wirtshaus statt, $^1/_5$ im Freien, $^1/_5$ in der Wohnung des Mannes, $^1/_7$ in der des Weibes. Von den reglementierten Weibern war fast die Hälfte «ins Hotel gegangen».

Wenn der Beischlaf im Wirtshaus oder im Freien stattgefunden hatte, waren Name und Adresse des Weibes dem Manne nur in 8—13 pCt. der Fälle bekannt, dagegen in etwa 25 pCt., wenn der Beischlaf in der Wohnung des Mannes und in 70 pCt., wenn er in der Wohnung des Weibes stattfand. Von den Fällen, wo der Beischlaf in der Wohnung des Mannes oder des Weibes stattfand, betrafen $^1/_3$ Weiber «in Kondition».

In etwa $^1/_5$ der 661 Infektionen waren die Aufklärungen über die Infektionsquelle soweit bestimmt, dass Nachforschungen sich verlohnt hätten.

67,7 pCt. der Männer gaben an bei der Infektionsgelegenheit betrunken gewesen zu sein.

Alkoholmissbrauch, Strassenprostitution und die Industrie der sogenannten Parteihotels sind in Stockholm die Faktoren, welche hauptsächlich die Ausbreitung der venerischen Krankheiten begünstigen.

Buch (Willmanstrand).

Einar Rodhe: Ein Fall von Opiumvergiftung, Behandlung mit übermangansaurem Kali. (Schwedisch). Hygiea. 1907. Aug.

Moor hat zuerst durch experimentelle, chemische und physiologische Untersuchungen den Nachweis geliefert, dass das hypermangansaure Kali ein wirksames Gegengift des Morphium ist, in dem es dieses zu dem unwirksamen Pseudomorphin oxydiert; auch zeigte er, dass eine 0,5 pCt. Lösung des Gegengiftes subkutan injiziert ebenfalls wirksam ist, wenn auch ausserdem die direkte Einwirkung des Mittels wo möglich immer anzustreben ist.

In einem Fall von Gregg und Moreland hatte ein Mann 75 Gramm Tinct. Opii getrunken und kam $2^1/_2$ Stunden später in sterbendem Zustande zur Behandlung. Künstliche Atmung und Atropin schienen unwirksam. Auf wiederholte subkutane $^1/_2$% Kaliumpermanganatlösung besserte sich die Respiration und der Patient genas. Körners Patientin hatte 0,5 Morphium genommen. Respiration 3 mal in der Minute, Verloschen sämmtliche Reflexe. Eine halbe Stunde nach einer subkutanen Injektion von Kali permanganic. begann eine Wendung zum Besseren, und die Patientin genas. Kramer hat in dieser Wochenschrift (1904) ebenfalls auf diese noch zu wenig beachtete Behandlungsweise aufmerksam gemacht.

Verf. eigener Fall betrifft eine 22-jährige Nähterin, die aus Liebeskummer über 3 Theelöffel Opiumtinktur eingenommen hatte. Da der Tod sich nicht still und friedlich einstellte, wie sie erwartet hatte, sondern sie von schwerem Würgen, Delirien, Kopfschmerzen gequält wurde, verriet sie ihren Plan. Sie verfiel bald darauf in Somnolenz mit stark verengerten Pupillen, reagierte nicht auf Nadelstiche; Reflexe schwach, Puls klein und schnell, über 100. Sie erhielt mehrere Spritzen $^1/_2$% Permanganatlösung subkutan und 100 ccm. derselben Lösung wurde ihr in den Magen gegossen. Auffallend rasch besserte sich der Zustand und sie genas.

Buch (Willmanstrand).

Anna Kaijser: Akute Morphinvergiftung bei einem 10 Tage alten Kinde, (Schwedisch). Hygiea. 1907. Dezember.

Der kleine Knabe erhielt im Versehen ein für die Pflegerin bestimmtes Pulver Morph. muriat 0,01. Nach $1^1/_2$ Stunden Magenausspülung mit einem Nélatonkatheter. Der Zustand schien wenig bedenklich, der Puls war kräftig, die Pupillen verengert, als 2 Stunden nach der Vergiftung Cyanose und Stillstand der Atmung eintrat. Es werden jetzt künstliche Atmung teils auf die gewöhnliche Weise, teils vermittelst Schultzescher Schwingungen ausgeführt, unterbrochen nur durch Senfbäder. Die Zimmertemperatur wurde auf 30° erwärmt, um die Abkühlung des Kindes zu verhindern. Nach 4-stündiger Arbeit öffnete das Kind im Senfbade die Augen und atmete eine Weile spontan; aber bald hörte die Respiration wieder auf und es wurde weiter gearbeitet. Keine Urinausscheidung. 8 Stunden nach der Vergiftung kam die Atmung allmählich wieder in Gang u. zw. mit dem Cheyne-Stokes'schen Typus, welchen sie auch noch 10 Stunden beibehielt. Erst 18 Stunden nach der Vergiftung war das Kind soweit, dass es die Brust nehmen konnte und als es jetzt in sein Bettchen zurückgelegt wurde, atmete es zum ersten Mal wieder normal. Dann erst erfolgte die erste Urinausscheidung. Die Verfasserin betont mit Recht die grosse Bedeutung der künstlichen Atmung bei der akuten Morphin- und Opiumvergiftung.

Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Boas. Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft bearbeitet. II. Teil. Spezielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Fünfte vermehrte und neu bearbeitete Auflage. Leipzig Georg Thieme. 1907.

Das Boas'sche Buch ist der Aerztewelt zur Genüge bekannt, und seine Vorzüge sind auch in dieser Zeitschrift schon früher nach Gebühr gewürdigt worden, so dass es hiesse, Eulen nach Athen tragen, wollten wir hier noch ein Mal seinen Wert rühmend hervorheben. Es sei hier nur auf die neue Bearbeitung des Werkes hingewiesen.

Die Fülle der täglich sich mehrenden Einzelforschungen und detaillierten Untersuchungen physiologischer und pathologischer Vorgänge macht es schwierig, sie alle unter einen Gesichtspunkt zu bringen und ihre zuweilen einander widersprechenden Ergebnisse in einem Buch unterzubringen, das nicht den Zweck hat, einen Sammelbericht über die Leistungen und Fortschritte auf einem Spezialgebiet darzustellen, sondern vor allen Dingen Lehrzwecken dienen soll. Wenn es dem Verfasser des vorliegenden Werkes trotzdem gelungen ist, alles, was es an neuen und wichtigen Errungenschaften auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten giebt, für sein Buch zu verwerten, so spricht das nur wieder von neuem für sein Talent, in einem beschränkten Rahmen dem Leser alles Wissens- und Lernenswerte in anregender Weise und in eleganter Fassung zu bringen. Hierbei bewegt sich Boas nicht nur auf theoretischem Boden, sondern lässt überall seine reiche Erfahrung mitsprechen. Trotz der vielfachen Ergänzungen hat die neue Auflage gegenüber der vierten nur um 65 Seiten zugenommen,

weil eben der Verfasser auch entsprechende Kürzungen vorgenommen hat. — Die Achylia gastrica, die in der IV. Auflage unter den secretorischen Magenneurosen abgehandelt wurde, bildet in der V. Auflage einen «Anhang» an die «akute und chronische Gastritis». Durch diese neue Gruppierung des Stoffes ist auch die Auffassung der Krankheit seitens des Verfassers charakterisiert, der auf die Tatsache hinweist, dass bei der Achylie «fast immer die Zeichen einer mehr oder weniger ausgesprochenen granulierenden Gastritis sich feststellen» lassen, so dass man nicht berechtigt ist, anzunehmen, dass die Achylie «bloss eine funktionelle Störung darstellt», vielmehr scheinen «die meisten Erfahrungen, besonders auch die von Knud Faber zugunsten einer chronischen Entzündung» zu sprechen.

Ein vollständig neues Kapitel bilden die «Magenblutungen», die Verf., obgleich sie nur eine Begleiterscheinung verschiedener Krankheiten sein können, wegen des «eigenartigen und schweren Krankheitsbildes» einer besonderen Besprechung für würdig hält und dem Kapitel «Rundes Magengeschwür» vorausschickt.

In eingehender Weise werden die Ursachen, die Diagnose und der Verlauf der Magenblutungen erörtert. In der Therapie redet der Verf. neben den bekannten diätetischen Massnahmen der innerlichen Anwendung der Gelatine, wie sie Senator (Deutsche med. Wochenschr., 1906, Nr. 3) empfiehlt, das Wort. Die Vorteile und Nachteile der Nährklystiere werden dabei in gebührender Weise gegen einander abgewogen und wenn das Urteil des Verfassers nicht zu Gunsten dieser Klystiere ausfällt, so kann man ihm nur beistimmen. Auch die Wertlosigkeit der gegen die Blutung noch häufig empfohlenen Medikamente, wie Eisenclorid, Tannin und Plumbum aceticum wird jeder Praktiker bestätigen, hingegen dürfte die vorsichtige Anwendung des Adrenalins bei Magenblutungen (und auch bei Darmblutungen) nicht so ganz von der Hand zu weisen sein, wie es Boas tut.

In den Artikel «Magenkrebs» ist die «radiologische Untersuchung» mit 2 Abbildungen (nach Holzknecht) eingefügt. Im Anschluss an die Untersuchung des Mageninhalts auf Blut und Eiter wird die Salomon'sche Probe (Fehlen oder schwache Spuren von Eiweiss und N in der Spülflüssigkeit des nüchternen Magens bei gutartigen Erkrankungen desselben und Vorhandensein beider bei Magenkarzinom) besprochen, wobei darauf hingewiesen wird, dass diese Probe einerseits bei nicht ulceriertem Karzinom negativ ausfallen, andererseits bei Ulcus ventriculi ein positives Resultat geben kann, mithin differentialdiagnostisch in gewissen Fällen nicht verwertbar ist. Die Schilderung des mikroskopischen Befundes des Mageninhalts bei Karzinom ist durch die Erwähnung des Vorkommens von Infusorien, namentlich von Trichomonaden und Megastomen «bei tiefen Oesophagus — und (nicht dem Pylorus angehörigen) Magenkarzinomen» ergänzt, ohne dass indessen der Verf. diesem Befunde eine entscheidende diagnostische Bedeutung beizulegen scheint, ebenso wie er auch das Fehlen der Verdauungsleukozytose und das Sinken des spezifischen Gewichtes des Blutes für die Diagnose des Magenkarzinoms an und für sich nicht für absolut verwertbar hält.

Es ist unmöglich hier auf alle Ergänzungen und Neuerungen, auf alles das einzugehen, wodurch eben das Boas'sche Buch auf «dem heutigen Stande der Wissenschaft» steht. Wer sich für die Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten und für die Fortschritte, die auf diesem Gebiet in der letzten Zeit gemacht sind, interessiert, der mag das Buch selbst vornehmen, und wir sind überzeugt, dass er es mit Befriedigung durchlesen wird.

Fr. Dörbeck.

Frankfurter Zeitschrift für Pathologie. Herausgegeben von Eugen Albrecht. Erster Band. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1907.

Vor Jahresfrist erschien das erste Heft dieser Zeitschrift als Festschrift zur Feier des 200. Geburtstages von Johann Christian Senckenberg, — am 28. Febr. 1907 — dem Stifter jener Schöpfung, in dem sich das wissenschaftliche medizinische Leben Frankfurts konzentrierte. Nachdem das Pathologische Institut 19 Jahre lang von Carl Weigert geleitet worden war, ist es nach dessen Tode an E. Albrecht übergegangen. Wie Weigert vielfach von den Ansichten der herrschenden Schule abgewichen war, so geht sein Nachfolger mit frischen Kräften daran, ins alte Gebäude der Pathologie einen frischen Zug zu bringen. Die alten Theorien auf die starren Formen der fixierten Zellen gebaut, konnten niemanden mehr recht befriedigen, und die Ergebnisse der Serumforschung, der experimentellen Embryologie u. a. m. hatten bereits ihren Einfluss auch auf die Pathologie ausgeübt u. z. T. zu einer Umwertung der Begriffe geführt. Bei Albrecht hatte sich der Stoff bereits so angesammelt, dass es notwendig wurde, ein eigenes Organ erscheinen zu lassen. Welchen Zielen der Herausgeber in der neuen Zeitschrift nachstrebt, finden wir im ersten Heft ausgeführt. «Zur Einführung» sagt er, dass es nicht seine Absicht ist, Abhilfe zu schaffen für die vielen Arbeiten, die auf dem Gebiete der Pathologie erscheinen, sondern einem andern Zeitbedürfnisse zu genügen, indem hauptsächlich drei Ziele erstrebt werden sollen: zunächst einen weitgehenden Ausbau der Beziehungen zwischen pathologischer Morphologie und Physiologie, insbesondere auch im Bereiche der Zellularpathologie, dann den Kontakt zwischen pathologischer Anatomie und praktischer Medizin so eng als möglich herbeizuführen und endlich in einer «Kritischen Rundschau» bedeutsame Fragen im Zusammenhange zu besprechen und zur Diskussion zu stellen.

Es kann hier nicht eine detaillierte Inhaltswiedergabe sämmtlicher im ersten Bande erschienenen Arbeiten gegeben werden, doch wollen wir versuchen kurz den roten Faden zu verfolgen.

An erster Stelle finden wir die «Zellular-Pathologie» von E. Albrecht, wo wir eine Revision unserer Begriffe auf diesem Gebiete finden, und in unmittelbarem Anschluss daran: «Die physikalische Organisation der Zellen» von demselben. Die übrigen Arbeiten des ersten Heftes übergehe ich. Zum Schluss giebt uns A. ein kritisches Resumé des Begriffes Krankheit.

Im zweiten und dritten Heft finden wir in den «Grundproblemen der Geschwulstlehre» das Resultat der Ueberlegungen des Herausgebers, wie sie sich bei der Kritik der vielen vorhandenen Theorien herauskristallisiert haben und durch seine und seiner Schüler Arbeiten Stützen gefunden haben. In den «Randbemerkungen zur Geschwulstlehre» werden weiterhin kritische Streiflichter auf manche Begriffe und Vorstellungen über Tumoren geworfen.

Zum Schluss sei noch erwähnt, dass in einem Aufsatz: «Die Geschwülste des weiblichen Genitaltraktus in ihrer Bedeutung für die allgemeine Geschwulstlehre, insbesondere für die Frage der relativen Malignität» dieses so wichtige Kapitel einer eingehenden Beleuchtung unterzogen wird.

Vielleicht wird eine fernere Kritik auch an den hier festgelegten Vorstellungen und Ideen manches abändern, manches vernichten, doch wer in der Wissenschaft nicht das Dogma sieht, sondern das Fliessende der Entwicklung schätzt, der wird dem Dank wissen, der jetzt Bewegung in die Masse bringt.

Ucke.

S. Unterberger (St. Petersburg): Haussanatorien zur Bekämpfung der Schwindsucht (Домашнія санаторія въ борьбѣ съ чахоткой). St. Petersburg 1908. 88 Seiten. Preis 75 Kop.

Im Kampfe mit der Tuberkulose gilt gegenwärtig die Behandlung von Lungenkranken in speziellen Sanatorien allgemein als eine höchst zweckmässige und erfolgreiche Methode zur Heilung derselben. Leider wird bei der erschreckend grossen Verbreitung der Tuberkulösen die Zahl der Sanatorien, namentlich bei uns, wohl niemals zur Unterbringung aller dieser Kranken hinreichen. Dann wünschen aber auch nicht alle solche Kranken in ein Sanatorium zu gehen und drittens können noch aus manchen anderen Gründen nicht alle in diesen Sanatorien behandelt werden. Es muss daher ernstlich daran gedacht werden, den bewährten Prinzipien der grossen Schwindsuchts-Sanatorien, in erster Linie also dem hygienisch-diätetischen Regime derselben, allgemeinere Verbreitung zu verschaffen und ihre Behandlungs-Grundsätze möglichst auf alle Hospitäler, ja sogar auf jede Häuslichkeit auszudehnen, zumal die grosse Furcht vor Verbreitung der Tuberkulose durch Ansteckung seitens der Kranken bei gehörigen Vorsichtsmassregeln und Gewöhnung der Schwindsüchtigen an Reinlichkeit erwiesenermassen grundlos ist.

Von diesen Erwägungen ausgehend, plaidiert Verf. für die von ihm seit einer Reihe von Jahren durch Schrift und Wort propagierten sogenannten 'Haus-Sanatorien, worunter er einfache und billige Heilstätten der Schwindsucht versteht, welche in jedem Hospital, in Schulinternaten, Fabriken u. s. w., ja in jedem Privathause ohne grosse Unkosten leicht eingerichtet werden und die verhältnismässig teuren grossen Sanatorien recht gut ersetzen können. Es müsse in den Haussanatorien nur ebenso wie in den grossen Sanatorien für Licht, frische sauerstoffreiche, staubfreie Luft, sorgfältige Pflege und Abhärtung der Haut, gute Kost gesorgt werden, wodurch der Organismus gekräftigt und widerstandsfähig gemacht wird, um die Krankheit zu überwinden. Die Einrichtung von Haussanatorien würde auch die Aerzte, namentlich die Militär-, Fabrik-, Schulärzte veranlassen, bei ihren periodischen Untersuchungen der ihnen in gesundheitlicher Beziehung anvertrauten Personen häufiger die in prognostischer Beziehung so wichtigen Frühdiagnosen zu stellen und nicht erst, wie das jetzt nur zu häufig der Fall ist, den positiven bakteriologischen Befund abzuwarten.

Das Interesse, welches die von dem Verfasser in Vorschlag gebrachten Haussanatorien bei Aerzten und Privatpersonen hier wie im Auslande hervorgerufen haben, hat ihn bewogen, die von ihm seit 1896 zerstreut in verschiedenen russischen medizinischen Zeitschriften über diese Sanatorien veröffentlichten Artikel *) einheitlich zusammenzufassen und in 5 Abschnitten des uns vorliegenden Buches neu zu bearbeiten. Nach einer recht ausführlichen Uebersicht über den Stand der Tuberkulosefrage zur Zeit der Tuberkulosekonferenz in Wien und des internationalen hygienischen Kongresses in Berlin im J. 1907, folgt im II. Abschnitte eine Schilderung der Frühsymptome der Schwindsucht (mit mehreren Schemata der perkutorischen Herz- und Lebergrenzen) und im III. Abschnitte — eine Schilderung der Prinzipien des hygienisch-diätatischen Regimes (nebst Kostzetteln aus dem Zarskoje-Sseloschen Militärlazaretts und dem Sanatorium Taizy). Der IV. Abschnitt bringt dann zuerst eine Beschreibung und die Resultate des von dem Verf. im Zarskoje-Sseloschen Militärlazarett eingerichteten Haussanatoriums (mit 2 Bildern von dem Innern dieser Räume), weiter ausführliche Anweisungen zur Einrichtung von Haussanatorien (mit der Abbildung des Typus eines solchen auf dem Lande). Im V. Abschnitte wird schliesslich kurz die allg. medikamentöse Behandlung und ausführlicher die Tuberkulinbehandlung der Schwindsucht sowie ihre Resultate (nach den Erfahrungen des Dr. Gabrilowitsch in Hallila) besprochen.

Wenn schon das Geringste, was zur Bekämpfung der Schwindsucht, dieser schrecklichen Geissel der Menschheit, beitragen kann, nicht unbeachtet bleiben darf, so verdienen die vom Verf. zu diesem Zweck empfohlenen Haus-Sanatorien, für welche er seit mehr als einem Jahrzehnt eifrig in Schrift und Wort Propaganda macht, als eine wesentliche Verbilligung und als Verallgemeinerung der Kampfmittel gegen die Tuberkulose erst recht volle Beachtung und Anerkennung. Es kann daher die vorliegende Brochüre, in welcher Verf. die nötige Anweisung zur Einrichtung solcher Haussanatorien giebt, zugleich aber auch seine Erfahrungen mitteilt, die er als langjähriger Regimentsarzt, Oberarzt grosser Hospitäler und zuletzt als Chefarzt des Gardekorps bezüglich der Tuberkulose gesammelt hat, angelegentlichst empfohlen werden.

Bernhoff.

*) Der Verf. hat bekanntlich auch in unserer St. Pet. med. Wochenschrift mehrere Artikel über seine Haussanatorien für Schwindsüchtige veröffentlicht.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 17. Okt. 1907.

Anwesend 67 Mitglieder, als Gäste DDr. Maximowitsch, Brennsohn, Loppenowe.

Der Präses macht der Gesellschaft Mitteilung von dem am 9. Okt. erfolgten Ableben des Koll. Halle, der erst in diesem Jahre Riga verlassen und korrespondierendes Mitglied geworden war. Die Ges. ehrt sein Andenken durch Sicherheben von den Sitzen.

Punkt I. Dr. Poorten zeigt ein Präparat, das von einer 53-jährigen Pat. stammt, die ein ausgebreitetes jauchendes Zervixkarzinom hatte. Pat. kam am 9. Juli 1907 schwer blutend in seine Ambulanz im Roten Kreuze. Die ganz ausgeblutete P. tamponierte er und schickte sie sofort in die Klinik von Dr. Hach, wo er sie 2 Stunden darauf mit Auskratzung und Paquelin behandelte. Eine eventuell noch mögliche abdominale Radikaloperation war durch den Zustand der Pat. ausgeschlossen. 2 Tage nach dem Ausbrennen der Karzinomhöhle Einlegen eines mit 30% Chlorzink getränkten Tampons in diese. Der Tampon bleibt 2 mal 24 Stunden liegen. Da die Vagina nicht gut geschützt war, leidet Pat. zuerst an Verbrennungserscheinungen der Schleimhaut unter starker Temperatursteigerung, die nach 2 Tagen nachlassen. Nach einer Woche Ausstossung des demonstr. Präparates, es stellt einen vollen Ausguss des Vaginalgewölbes dar, an dessen Kuppe dickere Teile sitzen. Die Untersuchung der Vagina zeigt eine glatte granulierende Höhle an der Stelle, wo das Karzinom sass. Mikrosk. Schnitte durch die Kuppe des Abgusses zeigen Karzinomgewebe. Die Pat. entzog sich leider weiterer Beobachtung. Sie fühlte sich nach Abklingen der Verbrennungserscheinungen der vag. relativ wohl, verlor kein Blut mehr und hatte keine übelriechende Absonderung. Dr. Poorten weist darauf hin, dass in letzter Zeit von vielen Seiten aufgefordert wird, energische Chlorzinkbehandlung mit 30 und 50% Lösungen bei inoperablen Karz. zu machen und die Resultate sehr gute seien, ja selbst vollkommene Heilungen erzielt worden wären. Die Fälle von Czerny, Fränkel, Prochownik und andere, in letzter Zeit der Fall von Albert Blau aus der Chrobackschen Klinik zeigen die günstige Wirkung solcher Aetzungen.

Dr. v. Knorre berichtet über einen einschlägigen Fall, den er vor 9 Jahren als inoperabel erkannt, dann 6 Jahre lang unter symptomatischer Behandlung beobachtet habe, er wende keine Chlorzinktampons an, sondern kauterisiere nur, auch dürfen, um befriedigende Resultate zu erzielen, die Karzinome nicht zu den ganz weichen gehören, hier bestehe die grosse Gefahr der Blutung. Auch im Poorten'schen Falle, meint er, liege ein besonderer Glücksfall vor, dass das Peritoneum nicht in Mitleidenschaft gezogen sei.

Dr. Poorten. Mit leichten Aetzungen sei in solchen Fällen wenig getan, man müsse energische Mittel anwenden. Das Peritoneum scheine gerade den Schädigungen, die auf dasselbe einwirken könnten, einen besonders energischen Widerstand entgegenzusetzen, am Peritoneum mache die Verbrennung in Folge der Aetzung halt. Zu Gunsten der Wertheim'schen Methode der Behandlung mit Chlorzinkätzung sprächen sich jetzt viele aus. Auf Grund der Statistik liesse sich freilich der faktische Erfolg noch schwer beurteilen. Vom Schorfe seines Präparates seien mikrosk. Schnitte gemacht und lassen die Präparate sehr schön das karzinomatöse Gewebe erkennen.

Dr. v. Rimscha demonstriert einen operierten Fall von links. Highmorshöhlenempyem.

Patientin E. L. 36 a. giebt an, vor 5 Wochen unter linksseitigen Kopfschmerzen, Schwellung der Wange und heftigen Zahnschmerzen erkrankt zu sein. Nach Entfernung des II. Buccalis vom Arzt auf dem Lande keine Besserung. Nach Angaben der Pat. ist nur die Krone des Zahnes krank gewesen, die Wurzel gesund. Vor 3 Wochen ist es zu einem Durchbruch des Eiters unterhalb des Auges gekommen.

Stat. praes. am 6. Oktober 1907: Starke Schwellung der linken Wange, die Haut infiltriert, in der Gegend des unteren Orbitalrandes, mehr nach aussen, eine Fistel, aus der sich bei Druck auf die Umgebung Eiter entleert, kleine Fistel über der Lücke des II. Buccalis. Das linke Auge beweglich, sieht. Nase frei, im mittleren Nasengang geringe polypoese Schwellung, kein Eiter. Beim Versuch einen Troikart durch den unteren Nasengang in die Highmorshöhle einzuführen, hat man nicht das Gefühl einen Knochen zu durchstossen, sondern gelangt in eine weiche Masse, wie Butter. Das Durchblasen misslingt, mithin ist die natürliche Oeffnung zur Nase verlegt. Beim Entfernen des Troikarts folgt eine äusserst übelriechende, jauchige Flüssigkeit. T. 37.8. P. 135.

Diagn.: jauchiges Empyem der l. Highmorshöhle, beginnende Sepsis. Sofortige Ueberführung ins Diakonissenhaus.

Sofortige Operation nach Friedrich Denker — Urin: kein Eiweiss, kein Zucker. Sehr grosse Highmorshöhle. Nach Auftupfen des jauchigen Inhalts und Auskratzen der schwammigen Schleimhaut erweist sich das obere Dach der Highmorshöhle resp. untere Wand d. Orbita zum grössten Teil defekt. Beim Sondieren der Fistel gelangt man nicht tief und zwar in der Richtung zur Orbita. Des jauchigen Inhalts wegen wird nicht genäht; es wird ein schmaler Jodoformgazestreifen durch den unteren Nasengang und ein breiter Jodoformgazestreifen von der fosia canina aus in die Highmorshöhle eingeführt. Trotz unangenehmer Atmungsstörungen bei der Narkose ist Patientin am anderen Morgen relat. wohl.

Nach 2 Tagen wird der breite Jodoformgazestreifen entfernt, der schmale erneuert. Die Wunde zum Munde heilt rasch.

Einige Tage nach der Operation nimmt Kollege Zwingmann einen genauen Augenbefund auf. Abgesehen von den Veränderungen der Lider handelt es sich bei freien Augenbewegungen um eine leichte Verschiebung des Augapfels nach vorn und nach oben.

9 Tage nach der Operation trotz allg. Wohlbefindens und normaler Temperatur P. 100 sehr labil. Koll. Dietrich stellt rauhe Töne an der Herzspitze fest, als Zeichen einer schwer überstandenen Krankheit. Digitalisinfus.

Heute am 11. Tage nach der Operation ist die Wange noch leicht geschwollen, der linke Mundwinkel steht etwas tiefer als der rechte. Koll. Schwartz konstatiert im linken Mundfacialis eine herabgesetzte Erregbarkeit.

Interessant ist der Fall sowohl wegen der Schwere an und für sich und des sehr glücklichen Verlaufes, als besonders wegen seiner Augenkomplikationen. Gewöhnlich bedingen Stirnhöhlen resp. Siebbeinzellenempyeme oder kombinierte Empyeme Augenkomplikationen, doch dass ein reines Highmorshöhlen-

empyem eine so weite Augenkomplikation nach sich zieht, gehört jedenfalls zu den grössten Seltenheiten.

Dr. Zwingmann hat das Auge 3 Tage lang nach der Operation untersucht, es bestand Prominenz des bulbus, es war aber frei beweglich, symmetrisch mit dem anderen Auge, Sehschärfe links kaum 1/4, rechts die volle. Augenspiegelbefund vollkommen gleich und normal und ist auch so geblieben, auch eine leichte Prominenz ist zurückgeblieben, die Sehschärfe hat sich gebessert, das Gesichtsfeld ist normal. Ein Durchbruch einer Eiterung in die Orbita ist nicht so selten, auch mit ungünstigem Ausgange fürs Auge, in diesem Falle ist der günstige Ausgang der Fistel zuzuschreiben, die sich rechtzeitig noch vor der Operation gebildet hätte.

Angeborene Defekte an der Orbita kämen aber auch vor, natürlich kann in diesem Falle das Fehlen der Orbitalwand mit dem Krankheitsprozess in Zusammenhang gebracht werden.

Dr. v. Rimscha. Ob die ganze Wand der Orbita fehlen könne sei doch fraglich, hier handelte es sich um eine glatte weiche Membran, die die Orbita bildete, offenbar sei der Knochen zerstört worden. Patientin gab zu, in früherer Zeit auch schon an Zahnschmerzen gelitten zu haben, obgleich der gehobene Zahn nur an der Krone angeblich erkrankt gewesen sein soll.

Dr. v. zur Mühlen meint, dass das Auge sehr tolerant sei und die Orbita durch Erkrankung von der Highmorshöhle her nicht stark gefährdet sei; dagegen seien die Keilbeinhöhlenerkankungen für die Orbitalhöhle sehr viel gefährlicher und durch direkte Infektion werde der nerv. opticus oft in Mitleidenschaft gezogen.

Dr. v. Krüdener betont auch, dass die Prognose des Sehvermögens vom Sitze der Phlegmone abhänge, dabei können sehr grosse und schlimm aussehende Phlegmonen das Auge intakt lassen, dasselbe sei durch seinen starken Fascienapparat sehr geschützt und daher gefährde ein Durchbruch von der Stirn resp. Oberkieferhöhle das Auge relativ wenig, wohl aber ein solcher von der Keilbeinhöhle, besonders gefährlich sei die Erkrankung der orbitalen Fettmassen.

Dr. Zwingmann giebt nicht zu, dass die Durchbrüche von der Kieferhöhle als nicht gefährlich zu betrachten seien.

Dr. Stavenhagen führt an, er habe viele Fälle beobachtet und sie seien mit günstigem Erfolge operiert worden, es käme der Fistelschutz und die frühzeitige Operation in Betracht, um das Auge vor Schädigungen zu schützen.

Punkt II. Dr. Ed. Schwartz demonstriert einen geheilten Fall von Meningitis bei einem Mädchen, welches mit Lumbalpunktion behandelt worden.

Punkt III. Dr. Ed. Schwartz hält seinen Vortrag über die Symptomatologie der Stirnhirntumoren und nicht wie durch ein Versehen des Sekretärs angezeigt war über Stirnhöhlentumoren.

(Autoreferat).

Dr. Ed. v. Schwartz berichtet über die im letzten Jahre beobachteten Fälle von Tumor des Gehirns auf seiner Abteilung, deren Diagnose, durch Sektion oder Operation bestätigt worden ist. Im Herbst 1906 seien zu gleicher Zeit 2 Kleinhirn- und 2 Grosshirntumoren in der Abteilung beobachtet worden; die beiden Kleinhirngeschwülste wurden durch Sektion bestätigt; bei den Grosshirntumoren konnte eine speziellere Diagnose gemacht werden; beide zeigten in vivo nur eine Facialislähmung als einziges Ausfallssymptom; die Sektion ergab maligne Tumoren im Grosshirn, in der weissen Substanz; sie hatten beide die Capsula externa zerstört; die Lähmung des Facialis wäre aber in beiden Fällen auf die unteren Teile desselben beschränkt gewesen.

Im Laufe des Frühjahrs seien dann interessantere Fälle zur Beobachtung gekommen; ein Fall von Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels sei durch die Operation (Dr. v. Bergmann) an der angenommenen Stelle gefunden — zum Teil entfernt worden, als erstes Symptom wäre zentrale Taubheit auf dem Ohr aufgetreten — vor Eintritt der Allgemeinerscheinungen; die Pat. hatte jedoch keine sehr quälenden Erscheinungen, kam spät zur Beobachtung und Operation, der Tumor wäre klein-apfelgross gewesen, hätte den Pons und Med. obl. stark komprimiert; Pat. starb am Tage nach der Operation; der Tumor war offenbar vom nerv. acustic. ausgegangen; er hing nur noch mit einer dünnen Faser mit der Brücke zusammen.

Ein zweiter Tumor wurde angenommen und sass in der Sella turcica; in Vivo konnte bitemporale Hemianopsie nachgewiesen werden — mit Atrophia nerv. opt., links deutlich sichtbar. Der Tumor hatte sich offenbar langsam im Laufe von 5 Jahren entwickelt. Von einer direkten Inangriffnahme des Tumor wurde abgesehen; der drohenden Erblindung und der wüsten Kopfschmerzen wegen aber doch die Trepanation ausgeführt; einige Tage nach dem Eingriff Exitus. Die Sektion ergab einen festen Tumor in der Sella turcica, der die linke Seite des Sattels mehr beteiligte. Vortragender referiert über den mit Glück operierten Fall von Tumor der Sella turcica v. Fränkel, Hochwart, v. Eiselberg (Wien), den die Herren auf der 1. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nerven-Aerzte in Dresden in diesem Jahr vorstellten und über die Schüller'schen sehr interessanten Röntgenaufnahmen des Schädels. Der hier beobachtete Tumor wäre im Röntgenbilde sichtbar gewesen, d. h. die Deformation der Sella turcica. Weiter referiert Vortragender über 3 Fälle von Stirnhirntumoren und erörtert an der Hand dieser die Differential-Diagnose zwischen Stirnhirn- und Kleinhirntumoren. Sein erster Fall kam gleichfalls in diesem Jahre zur Beobachtung; fast bis zum Schluss hatte die Kranke ein Symptomenbild dargeboten, das dem behandelnden Kollegen als ein «neurasthenisches» imponiert hatte; er nahm sie ins Krankenhaus; hier stellte sich eine Hemiparesis ein; als Vortragender Pat. sah, fand er eben beginnende Stauungspapille, die linksseitige Hemiparese; erst in der Folge stellte sich Somnolenz ein, die in 2 Wochen ad finem führte. Die Sektion ergab einen Tumor des r. Stirnhirns, der sich auf diesen Teil beschränkte; die Tumoren des rechten Stirnhirns seien oft der Diagnose nicht zugänglich, namentlich wenn sie sich nicht auf die Umgebung ausbreiteten; in diesem Fall sei die Somnolenz keine andere gewesen, als wie sie auch bei einem anderem Tumor im Endstadium beobachtet wurde.

Den zweiten Fall habe Vortragender vor Jahren beobachtet; hier habe er über längere Zeit ein Symptom gesehen, das als Pousssymptom schliesslich als das einzige angesehen werde, das in der Differential-Diagnose zwischen Stirn- und Kleinhirntumoren in Betracht käme, auch noch in der eben erst erschienenen 2. Auflage des Bruns schen Handbuchs über Tumoren des Nervensystems. — Es habe sich um eine Dame in den mittleren Jahren gehandelt, die an heftigen Kopfschmerzen in der Stirn erkrankte und 3 Jahre lang das furchtbare Leiden zu ertragen hatte; Vortragender habe sie zu Beginn des Leidens einmal konsultativ gesehen; auf ihn habe der Kopfschmerz den Eindruck gemacht, als ob er durch ein organisches Leiden bedingt wurde. Pat. ging nach Deutschland, wurde hier 6 Monate beobachtet und kam mit der Diagnose «schwere Migraine» zurück; in der Zeit war Anosmie aufgetreten, Neuritis opt. descendens — Atrophia nerv. optic., Amaurosis. Intercurrent wurde beobachtet Hemiparesis, die aber bald schwand, aber es bestand monatelang eine Blicklähmung nach links. Vortragender habe Pat. nur etwa einmal monatlich konsultativ gesehen, habe aber längere Zeit die Bewegungsstörung der Augen konstatieren können. Dass es sich um ein spastisches Symptom der Antagonisten gehandelt habe, möchte er nicht zugeben; die Erscheinungen wären genau dieselben gewesen, wie man sie bei Blicklähmung die vom Pons ausgeht, beobachten könne. — Vortragender erörtert dann die Differentialdiagnose des Stirn- und Kleinhirntumor genauer; erwähnt, dass Bruns in seinem neuen Handbuch betont, dass auch die Anarthrie, die bisher für die Kleinhirntumoren als ausschlaggebend angesehen worden sei, bei Stirnhirntumoren beobachtet worden sei, und dass Bruns auch jetzt noch die Blicklähmung als bei Stirnhirntumor «nicht beobachtet» erwähnt. Vortragender meint nun auch dieses Symptom als differential-diagnostisches Symptom streichen zu müssen. Es bleibe somit kein einziges Symptom als solches übrig, das ausschlaggebend sei; nur die Reihenfolge der Symptome, die ganze Konstellation der Symptome, die Färbung des ganzen Symptomenbildes gäbe den Ausschlag. Bei der betreffenden Patientin habe Vortragender sich nicht zu einer Operation entschliessen können; gegen Ende des Lebens habe er einen Stirnhirntumor für wahrscheinlicher gehalten — solches vor der Obduktion betont — welche dann auch einen Tumor des r. Stirnhirns ergab. Hier wäre die Neisser-Pollack'sche Punktion vielleicht von Nutzen gewesen. Bei zwei Fällen von Cysticercen des Hirns, die als zufällige Befunde bei der Sektion zu notieren waren, hätte mit der Neisser-Pollack'schen Punktion insofern Unglück angerichtet werden können, als die 3 grossen Blasen im Grosshirnmantel vereitert waren.

Die Neisser-Pollack sche Punktion sei gewiss ein wichtiges neues Hilfsmittel, sowohl in der Therapie als in der Diagnostik. Pfeifer habe in Dresden einen Fall referiert, in dem es ihm gelungen sei, mittels Punktion einen Cysticercus zu diagnostizieren, der durch die Operation bestätigt wurde. Im obigen Falle hätte aber doch Eiter verschleppt werden können. Hartmann (Graz) habe daher mit Recht betont, in der topischen Diagnostik nicht lau zu werden.

Zum Schluss referiert Vortragender über einen Tumor des linken Stirnhirns, dessen Sitz in Vivo richtig erkannt und der zur Operation kam, und bei dem die Operation auch im l. Stirnhirn den Tumor fand. Bei einem Pat. des Kollegen Schönfeldt habe sich spastische Hemiparesis dextr., Aphasie motorischen Charakters, linksseitige Stauungspapille bei gewaltigen, wütenden Kopfschmerzen und eine Tympaniebruit de pot fêlé über dem l. Stirnhirn konstatieren lassen — bei langsam progressiver Entwickelung des Leidens; die

von Dr. Bergmann ausgeführte Operation fand ein Gliosarkom im l. Stirnhirn, das, weil diffus, nur teilweise entfernt werden konnte.

Trotzdem war der Erfolg für den armen Kranken ein glänzender, die furchtbaren Kopfschmerzen waren fort, die Hemiparesis, die Aphasie schwanden so weit, dass der Kranke in relativ sehr gutem Zustande in seine Heimat fahren konnte.

Zum Schluss kann Vortragender nur kurz der vorgerückten Zeit wegen auf einen lesenswerten Artikel von Prof. Anton (Halle) hinweisen, der betont, dass besonders bei den Stirnlappen als paarigem Organ das Viccarieren eines Lappens für den anderen in weitgehendster Weise stattfinde und dass nur bei doppelseitiger Erkrankung, namentlich wenn auch der Balken beteiligt sei, ausgesprochene psychische Symptome zur Beobachtung gelangten. Anton habe 3 Fälle gesehen, in denen das Bild der progressiven Paralyse vorlag und in denen obige Bedingungen erfüllt waren. Nach Verletzungen, die grössere Mengen Hirn entleerten, sähe man keine erkennbaren Ausfallssymptome; bei anderen entwickele sich Epilepsie; gesellten sich zu derselben transitorische Psychosen, so sei die Aehnlichkeit mit Paralyse eine hochgradige.

Die Diskussion wird wegen der vorgerückten Stunde und wegen des Versehens in der Anzeige, nachdem sich einige Redner zum Worte gemeldet haben, auf die nächste Sitzung verschoben.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 14. September 1907.

Herr Riemschneider hält seinen angekündigten Vortrag über embryonale Blutbildung.

Der Vortrag stellt der Hauptsache nach ein Sammelreferat mehrerer älterer und neuerer Arbeiten über die histiogenetischen Vorgänge bei der embryonalen Blutbildung vor, beginnt mit einer kurzen Erwähnung des mangelhaften Kenntnisstandes dieses Wissenszweiges vor Ende der 60. Jahre und der Neumann'schen Entdeckung des Knochenmarkes als hämatopoetischen Organs 1868. Zur Erforschung der Hämatopoese in prämedullärer Embryonalzeit ist später eine grosse Zahl von Arbeiten entstanden; über die Resultate einiger derselben wird berichtet:

Kölliker hat gezeigt, dass in sehr frühen Embryonalstadien im mittleren Keimblatt sich aus den embryonalen Zellen daselbst (area vasculosa) Stränge differenzieren, die Ausläufer treiben und hohl werden, indem ihre äussere Zelllage sich zu Endothel, die inneren zu hämoglobinhaltigen Blutkörperchen umbilden — die ersten Blutgefässe und zugleich das erste Blut in einem Gebiet das nachher zur mütterlichen Zirkulation in Beziehungen tritt. (Allantois). Später lehren eingehende Arbeiten von Engel über die roten Blutkörperchen, in welcher Weise aus solchen primitiven Gebilden die definitiven Erythrozyten in fortlaufender Reihe hervorgehen: Metrozyten, Normoblasten, Normozyten. Die ersten Blutzellen sind somit hämoglobinhaltig und Vorläufer der lediglich dem Gasaustausch und nicht auch der Vermehrung dienenden Erythrozyten. Doch hat van der Stricht auch im Bereich der area opaca Zellen auftreten gesehen, die er für Leukoblasten hält, somit haben auch die weissen Blutkörperchen sehr frühe Vorstadien.

Im Embryo wird aber die Blutbildung bald von speziellen Organen übernommen, der Leber, der Thymus, den Lymphdrüsen und -follikeln, der Milz, zuletzt von dem Knochenmark als definitivem Hauptorgan der Hämatopoese. Von den prämedullären Organen wird die Leber übereinstimmend als das wichtigste bezeichnet, während aber keine Uebereinstimmung über die histologischen Vorgänge dabei vorhanden ist.

Die Leber. Ihre Anlage beim Menschen in der dritten Embryonalwoche: Ausstülpungen des Duodenum, dessen Epithel durch Wucherung, Sprossen und durch deren Zusammenwachsen Zylinder bildet, zwischen welchen Bindegewebe mit Gefässen sich findet. Nach Neumann wachsen aus den Endothelzellen dieser Kapillaren Protoplasmafortsätze gegen das Leberparenchym vor, in diesen Fortsätzen treten Kerne auf, die sich mit hämoglobinhaltigem Protoplasma umgeben, zugleich wird der Fortsatz hohl und lässt die neugebildeten Blutkörperchen in die Kapillaren hinein austreten, verbindet sich seinerseits mit benachbarten gleichartigen Gebilden, so dass ein neues Kapillarnetz entsteht. Nach Martin Schmidt zeigen die Kerne der Kapillarendothelien zahlreiche Mitosen, deren Axe senkrecht zu der der Kapillare steht, es entstehen dabei sowohl extrakapillär als auch in das Kapillarlumen hinein (welches dadurch ausgebuchtet wird) zahlreiche Zellen an denen man dann vielfach Hämoglobinaufnahme erkennen kann. Die Blutzellen teilen sich mitotisch. Die extravaskulären Herde dringen durch die Parenchymzylinder bis in die nächste Kapillare oder bis zum nächsten entgegenwuchernden Zellherde vor. v. d. Stricht nimmt ausser dem intertrabekulären Kapillarnetz mit zirkulierendem Blut ein intratrabekuläres an, in welchem Blutzellen gebildet werden, doch hat er keine Entstehung aus Endothelien gesehen. Nach Kuhborn entsteht das intratrabekuläre Netz aus Riesenzellen, in deren Leibern hyaline Zellen und Blutplasma sich bilden, solche Gefässräume treten nachher mit dem Kapillarnetz in Verbindung. Saxer negiert eine Abstammung der Blutzellen von lokalen Elementen, nach ihm lassen sich — später noch zu besprechende — Wanderzellen im Bindegewebe nieder und bilden dort proliferierend einerseits die Vorstufen der Erythro- und Leukozyten und andererseits als ruhende Generation Riesenzellen, aus welchen durch Abschnürung wieder neue Wanderzellen entstehen können. Nägeli will von der Saxer'schen Wanderzelle nichts wissen, nach ihm sind die Leukozyten Lokalprodukte der Adventitiazellen, während sich die Erythroblasten in Ausbuchtungen der intraazinösen Kapillaren finden, niemals aber extravaskulär. — Die Leber tritt sehr frühzeitig als hämatopoetisches Organ auf und übt diese Funktion zunächst in immer steigendem Grade, abnehmend erst sobald das Knochenmark schon entschiedene blutbildende Tätigkeit zeigt, doch erlischt die Hämatopoese der Leber erst nach der Geburt völlig. Die relative Grösse der Leber bei Embryonen ist ein Ausdruck ihrer reichen Tätigkeit.

Die Lymphdrüsen, zeitig angelegt, haben ihre definitive Struktur um die Mitte der Embryonalzeit (Askanazy), aber noch keine Keimzentren in den Follikeln, bilden daher wohl erst später Blutelemente. Die Ansichten über die Blutbildung im lymphatischen Gewebe gehen vielfach auseinander. Recklinghausen fand das Endothel der Lymphgefässe, His wies dessen Fortsetzung auf die Sinus der Lymphdrüsen nach. Baumgarten lässt aus diesem Endothel durch Mitosen die Blutzellen entstehen, auch Ribbert, der, was den anatomischen Bau des fraglichen Gewebes betrifft, von Baumgarten abweicht, hält die Zellen der Keimzentren für Abkömmlinge des Endothels. Ganz verschiedener Meinung ist Gulland, nach ihm sind die Keimzentren Vermehrungsstätten für aus dem Kreislauf hierher eingewanderte Elemente, deren Abstammung aus dem Bindegewebe oder aus embryonalen Mesenchymzellen er in Abrede stellt, die Frage der ursprünglichen Herkunft dieser Zellen lässt er offen. Auch Stöhr redet einer Bildung aus eingewanderten Elementen das Wort. Saxer vertritt die Theorie von der «primären embryonalen Wanderzelle», die nach ihm von undifferenzierten Elementen der Blut- und Gefässanlage abstammt, sich in den Lymphdrüsen extravaskulär niederlässt und dort Haufen von Zellen produziert (Mitosen!), die in die Gefässlumina hineindringen, wo sie kernlos werden. Abstammung von den örtlich vorhandenen Bindegewebselementen stellt er entschieden in Abrede. Nägeli meint, dass in den Blutkapillaren der embryonalen Lymphdrüsen, wie fast überall im Organismus, Erythropoese stattfinde.

Von der Thymus, die im zweiten Embryonalmonat als blutbildendes Organ auftritt, wird von mehreren Seiten (Beard, Nussbaum und Prymak, O. Schulze) behauptet, dass ihr Epithel sich direkt in lymphat. Gewebe umwandele, indessen finden die meisten Untersucher, dass die Umwandlung der Thymus in adenoides Gewebe von ihrem Bindegewebe her stattfindet. Saxer hält auch für dieses Organ an seiner Wanderzellentheorie fest. Nägeli als Anhänger der dualistischen Anschauung rechnet die Thymus zum lymphatischen System und sieht in ihr das embryonale Hauptorgan für die Bildung der Lymphozyten; es sind dortselbst ausgesprochene Keimzentren mit «Markzellen» vorhanden.

Die Milz wächst von ihrer Anlage langsam, Malpighische Follikel treten erst spät auf, ihre eigentliche Bedeutung ist nicht ganz klar, ihre hämatopoetischen Funktionen sind nicht so intensiv, dass sie ausschliesslich als Blutbildungsorgan angesehen werden kann. Martin Schmidt findet dort ähnliche Vorgänge wie in der Leber, nur in geringerem Grade: Die Kapillaren zeigen herdweise Anhäufungen von Blutzellen, in den Endothelien reichliche Mitosen von demselben Typus wie in den Leberkapillaren. Nach Nägeli hat die Milzpulpa myeloide Funktionen, die Erythropoese daselbst ist nicht stark; die Malpighischen Follikel sollen nach dem lymphatischen Typus tätig sein, so dass beide Systeme in demselben Organ vertreten sind.

Das Knochenmark, im 3. Embryonalmonat angelegt, zeigt ausgiebige Hämatopoese erst im 5. bis 6. Monat und behält diese Eigenschaft dann bis zum Tode bei, in ihm finden sich hauptsächlich die «myeloiden» Elemente der Dualisten. Nach Nägeli liegen die Roten ursprünglich innerhalb erweiterter Kapillaren, deren Endothelien aber schwinden können, die Sinus stehen mit den Knochenmarkvenen in Verbindung, in welchen sich die letzte Ausbildung der Blutelemente vollzieht. An den Knochenmarkgefässen hat N. perivaskuläre Genese der myeloiden Elemente gesehen.

Ausser den typisch hämatopoetischen Organen existieren noch andere Blutbildungsstätten: rote Blutkörperchen können sich überall in den Kapillaren bilden (Nägeli). Saxer meint, seine Wanderzellen könnten sich gelegentlich allenthalben im Bindegewebe niederlassen und Blutzellen produzieren. Einige andere Forscher haben regelmässige Blutbildung an ganz bestimmten Lokalitäten gesehen, so Bonnet, der um die Nabelblaseninsertion am Darm Gefäss- und Blutbildung wie Kölliker in der area vasculosa fand. Ranvier sah im Netz von neugeborenen Tieren seine «cellules vasoformatives» welche zu Kapillaren auswachsen und Blutkörperchen in sich einschliessen; desgleichen P. François.

Schlusshinweis auf die Vielgestaltigkeit der vorgeführten Forschungsresultate und auf die grossen noch vorhandenen Arbeitsaufgaben.

Literaturangaben.

(Autoreferat).

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Mittelst Allerhöchsten Befehls vom 4. Juni c. ist der ordentliche Professor der therapeutischen Hospitalklinik an der Warschauer Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Alexander Schtscherbakow, zum Kurator des Odessaschen Lehrbezirks ernannt worden. — Der neue Kurator steht im 50. Lebensjahre und hat i. J. 1883 die Venia practicandi erlangt. In den letzten Jahren, wo die Warschauer Universität geschlossen war, fungierte er bekanntlich als stellv. klinischer Professor an der Odessaer Universität, an welcher er zu Beginn d. J. auch zum Prorektor gewählt wurde.

— Der Kurator des Rigaschen Lehrbezirks, Staatsrat Lewschin, ist seiner Bitte gemäss verabschiedet worden.

— Die stellvertretenden Medizinalinspektoren: des Permschen Gouvernements, Dr. Schipilin und des Kasanschen Gouvernements Dr. Gubkin, sind in diesen Aemtern bestätigt worden.

— Der Gehülfe des Kownoschen Gouvernements-Medizinalinspektors, Staatsrat Dr. Strushenski, ist zum Medizinalinspektor des Archangelschen Gouvernements ernannt worden.

— Dem Rigaschen Arzt Dr. Theodor v. Boetticher ist es gestattet worden, die bekannte am Rigaschen Strande in Dubbeln befindliche private Wasserheilanstalt «Marienbad» des verstorbenen Dr. Kitta-Kittel weiterzuführen.

— Auf eine 25-jährige Tätigkeit als Universitätsprofessor konnte am 2./15. Juni der Professor der Chirurgie an der Universität Strassburg, Dr. Ernst Fischer, zurückblicken. Der Jubilar erreicht im Oktober d. J. sein 60. Lebensjahr.

— Der Kreisarzt Dr. Kontowt ist während der diesjährigen Sommersaison mit den Obliegenheiten des Polizeiarztes in den Rigaschen Strandorten betraut worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 28. Mai in Borshom der Landschaftsarzt des Kreises Woskressensk (Gouv. Moskau) Dr. Michael Tolmatschew im 49. Lebensjahre. Seit 1884 als Arzt tätig, hat er mehr als 20 Jahre im Dienst der Moskauer Landschaft gestanden, wo er sich allgemeine Achtung und Liebe erworben hatte. Im russisch-japanischen Kriege stand er an der Spitze des ärztlichen Personals der vom Adel ausgerüsteten Sanitätsabteilung in Charbin, wo er auch viel zur Bildung des Charbinschen Aerztevereins mitwirkte. 2) Am 2. Juni in St. Petersburg der frühere langjährige Bezirksarzt des städtischen medizinisch-polizeilichen Komitees Dr. Johann Woronin im 74. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hatte der Verstorbene seit 1862 ausgeübt. 3) Am 23. Mai im Kirchdorfe Breitowo (Gouv. Jaroslaw) der Landschaftsarzt Johann Merd im Alter von 26 Jahren am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Behandlung von Typhuskranken infiziert hatte. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte erst im Herbst vorigen Jahres seine Studien in Moskau absolviert. 4) Am 3. Juni in St. Petersburg der Oberarzt des St. Petersburger Arsenals Dr. P. O. Smolenski im 54. Lebensjahre nach 30-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Er beschäftigte sich speziell mit Fragen der Nahrungshygiene und war ein guter Kenner dieses Faches. Von seinen zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten sind hervorzuheben: «Prosteischie sposoby issledowanija sjestnych pripasow etc.» (Die einfachsten Untersuchungsmethoden der Nahrungsmittel etc.»). St. Pet. 1899, «Das Fischfleisch in hygienischer Beziehung» und «Untersuchungen über Ernährung der Bevölkerung der Vereinigten Staaten von Nord-Amerika» (in der Hygienischen Rundschau, 1897 und 1902, veröffentlicht, ausserdem auch russisch). S. war ein eifriger Arbeiter, eine biedere Natur, ein ehrenwerter Kollege. (D.) 5) In Genf am 6./19. Juni der Schweizer Chirurg Prof. ord. Dr. Jaques Louis Reverdin im 66. Lebensjahre. Seine medizinische Ausbildung erhielt er in Paris, wo er 1870 auf Grund einer mit dem Prix civiale gekrönten Studie über innere Urethrotomie zum Doctor med. promoviert wurde. 1872 liess er sich in Genf als Chirurg nieder und wurde 1876 Professor der chirurg. Pathologie und operativen Medizin daselbst. Er hat eine grosse Reihe wissenschaftlicher Arbeiten auf seinem Spezialgebiet veröffentlicht, so über Karbunkel und Furunkel des Gesichts, Radikaloperationen der verschiedenen Brüche, des Kropfes, der Eierstockgeschwülste, über plastische Operationen.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Seitens des Ministeriums der Volksaufklärung ist an die Verwaltung des Odessaer Lehrbezirks nachstehende Mitteilung ergangen: In den Berichten einiger medizinischen Prüfungskommissionen bei der Universität wurden Fälle angeführt, in welchen Personen, die bei den Prüfungen über eins der Fächer eine unbefriedigende Note bekommen hatten, Aerztediplome ausgereicht wurden. In Erwägung dessen, dass eine unvollkommene Vorbereitung, wenn auch nur in einem Fache der Medizin, in der Praxis des Arztes von Schaden sein könnte, erachtete das Ministerium für notwendig, die Verwaltung des Odessaer Lehrbezirks darauf hinzuweisen, dass solchen Personen keine Aerztediplome ausgefolgt werden sollen, bevor sie die unbefriedigende Note durch eine wiederholte Prüfung verbessert haben.

— Fälschungen von Abiturientenzeugnissen sind, wie wir bereits wiederholt berichtet haben, in den letzten zwei Jahren an verschiedenen russischen Universitäten entdeckt worden, worauf vom Ministerium der Volksaufklärung eine Untersuchung dieser Angelegenheit eingeleitet wurde. Mit ihr beschäftigte sich auch der Rektorenkongress im Dezember v. J., wobei man sich dem Antrag des damaligen Unterrichtsministers v. Kaufmann anschloss, die Angelegenheit dem Urteil der Studenten anheimzustellen. — Das Unterrichtsministerium hat, wie verlautet, die Absicht, gegen die Inhaber falscher Reifezeugnisse keinerlei Strafmassregeln zu ergreifen, sondern sie bloss zu verpflichten, sich einem zweiten Abiturientenexamen an einem Gymnasium zu unterziehen.

— Vom Konseil des St. Petersburger weiblichen medizinischen Instituts sind der bisherige Direktor Prof. Dr. Salaskin, der Vizedirektor Prof. Dr. Kadjan und der gelehrte Sekretär Prof. Dr. A. Lichatschew für die nächste Amtsperiode wiedergewählt worden.

— Wie das Ministerium der Volksaufklärung den Kuratoren der Lehrbezirke mitgeteilt hat, werden, wie in den letzten zwei Jahren, die Prüfungskommissionen an den Universitäten vom Minister der Volksaufklärung für ein ganzes Lehrjahr ernannt, die Prüfungstermine aber von den Kommissionen selbst festgesetzt werden.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Der IV. Internationale Kongress für Thalassotherapie wird vom 14.—16. (27.—29.) September d. J. in Abbazia stattfinden.

Beifolgend geben wir ein Verzeichnis jener Fragen, welche auf dem 3. Internationalen Kongresse für Thalassotherapie in Biarritz als Gegenstand der Berichte des diesjährigen Kongresses bestimmt worden sind:

I. Frage: Die Anzeigen und Gegenanzeigen der Seebadekur bei der Behandlung von Fällen der Chlorose und Anämie.

II. Frage: Die Anzeigen und Gegenanzeigen der Seebadekur bei der Behandlung von Frauenkrankheiten.

III. Frage: Die während einer Seebadekur notwendigen diätetischen und hygienischen Massnahmen.

IV. Frage: Vergleichende Analyse des Wassers verschiedener Meere; über die Elemente dieses Wassers, welche in der Luft schweben und deren therapeutischen Wert.

V. Frage: Ueber die verschiedenen Meeresklimate und die Bedingungen ihrer Wirksamkeit.

— Die Societas physico-medica in Erlangen, welche am 7./20. März 1808 gegründet wurde, begeht am 14./27. Juni die Feier ihres 100-jährigen Bestehens mit einem Festakt in der Aula der Universität.

— Die Einberufung des III. allrussischen Gynäkologenkongresses nach Kiew ist vom Minister des Innern gestattet worden. Der Kongress wird Ende April oder Anfang Mai 1909 stattfinden.

— Die physiko-therapeutische Gesellschaft in Moskau hat in ihren Vorstand für das laufende Jahr gewählt: Dr. F. A. Alexandrow — als Präses, Dr. P. Andrejewski — als Sekretär und Budinow — als Kassierer.

— Die Führung der am 1. September d. J. in Hamburg beginnenden achten ärztlichen Studienreise nach den Kanarischen Inseln u. s. w. hat der Breslauer Kliniker Geheimrat Prof. Dr. A. v. Strümpell übernommen. Die Beteiligung an dieser Studienreise ist rege. Anfragen sind zu richten an das «Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen». Berlin NW., Luisen-Platz 2/4, von dem auch Pläne des Dampfers «Ozeana» der Hamburg—Amerika-Linie, der für diese Reise gemietet ist, zu haben sind.

Standesangelegenheiten.

— Der ehemalige Medizinalinspektor des Petersburger Gouvernements Dr. A. Karmilow, welcher, wie wir seinerzeit berichteten, für Erpressung und Bestechlichkeit zum Verlust der besonderen Rechte und zu anderthalb Jahren Arrestantenkompagnie von der Petersburger Gerichtspalate verurteilt wurde, hatte gegen dieses Urteil Berufung an den Senat eingelegt. Am 4. Juni gelangte nun seine Kassationsklage zur Verhandlung beim Senat, welcher die Klage zurückwies und das Urteil der Gerichtspalate bestätigte.

— Wie wir vor kurzem meldeten, hatte der Kriegsminister zur Untersuchung der Lehrtätigkeit des Professors für gerichtliche Medizin an der militär-medizinischen Akademie Dr. Kossorotow eine Kommission von Professoren der Akademie eingesetzt. Die Untersuchung ist jetzt eingestellt, da es sich um haltlose anonyme Denunziationen gehandelt haben soll.

Bf.


1. 2.

3. 4.

5.

Фототипія А. Ф. Дресслера.
Спб. Б. Подьяческая 22



Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. **Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.**

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 25 St. Petersburg, den 21. Juni (9. Juli). 1908.

 Dieser № liegt № 6 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei. 

Ueber das Wesen und die Entstehung der Rachitis.

Von

Dr. A. Jürgensohn, Dünaburg,

Arzt des evangelischen Krankenhauses.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte Ost-Kurlands am 1. Mai 1907.

Meine Herren! Vor 6 Jahren habe ich zu Ihnen an derselben Stelle und über dasselbe Thema gesprochen. Die Arbeiten über dasselbe und die Literatur waren gerade damals zu ihrer höchsten Höhe angeschwollen, und dennoch musste ich Sie darauf hinweisen, dass wir uns noch immer an der Peripherie des richtigen Verständnisses befinden. Es war schwer, sich in der Fülle des Gebotenen zurechtzufinden. Hypothesen und Behauptungen, Zweifel und Scepticismus, alles wechselte miteinander, und Bezeichnungen, wie „diese räthselhafte Krankheit", gehörten nicht zu den Ausnahmen. Wie ich Sie damals schon darauf hinwies, dass die Ursache eine falsche Stellungnahme zum Problem war, indem die Rachitis ausschliesslich als Skelett-Erkrankung und nicht diese als Teilerscheinung einer Allgemeinerkrankung angesehen wurde, so kann ich das heute noch umsomehr tun, als dieser Standpunkt, jetzt nicht mehr so vereinzelt dasteht, sondern wohl schon auf dem Wege ist, Allgemeingut zu werden.

Es ist daher auch vielleicht heute schon leichter, den Ariadnefaden zu finden, und ich will Ihnen daher vorher kurz mitteilen, was ich will. Ich will versuchen, Ihnen ein Bild der Erkrankung und ihre verschiedenen Erscheinungsformen in den einzelnen Teilen und Organen zu zeichnen, um daraus das Gemeinsame zu suchen und als Bausteine für die Schlussfolgerungen zu verwerten.

Was nun die Erkrankungsformen anbetrifft, so giebt es ja auch hier wie überall in der Natur die grösste Mannigfaltigkeit. Angefangen von den ganz leichten, kaum bemerkbaren, bis herauf zu den schwersten Formen und auch bei den letzteren wieder liegt der Schwerpunkt der Erkrankung auf den verschiedensten Körperteilen und Organen. Wir müssen uns jedenfalls als Ausgangspunkt die schwersten weil ausgesprochensten Formen suchen.

Der äussere Anblick solcher Kinder ist so charakteristisch, dass er unverkennbar ist. Ein unförmig grosser Kopf, mit oft weit vorgewölbter Fontanelle, manchmal sogar sind alle Knochen durch lose Stellen getrennt. Die Stirn ist vorgewölbt, und die Augen sehen unter derselben hervor, das Gesicht ist blass und anämisch, meist gedunsen, die Wirbelsäule, auf der dieser Kopf sitzt, ist häufig im unteren Teile lordotisch ausgebogen. Die Brust vollständig spitz nach vorne als Hühnerbrust zusammengeschoben, der Unterleib aufgetrieben, und die mageren Beine sind unter demselben gekreuzt. Die Epiphysenauftreibungen und Verkrümmungen der langen Röhrenknochen sind schon äusserlich leicht zu bemerken.

Was zunächst am meisten in die Augen fällt, sind die Veränderungen des knöchernen Aufbaues und diese haben daher auch immer als Ausgangspunkt aller Erklärungsversuche gedient. Dass dies aber nicht zum Nutzen unserer Erkenntniss gewesen, ist wohl heute nicht mehr zu verneinen.

Die äusseren Veränderungen der Knochen sind aber nur der Ausdruck der Verschiebung ihrer Bestandteile oder der chemischen Zusammensetzung derselben, indem durch physikalische Einwirkungen als Druck, Zug und Belastung eben nur entsprechend der Veränderung in der molekulären Zusammensetzung der Cohärenz und der Elastizität andere Formen hervorgebracht werden. Die überwältigende Mehrheit der Arbeiten über Rachitis hat nun speziell die Kalkeinlagerung und Ossifikation des Knochens zum

Ziel, ohne doch bis zum heutigen Tage ganz einwandfrei dazu gekommen zu sein.

Pfaundler giebt uns im Jahrbuche für Kinderkrankheiten 1904 eine kurze Uebersicht der bisherigen Forschungsresultate und deren Literatur. Die wichtigsten chemischen Komponenten der Knorpelmasse sind nach Mörner und Schmiedeberg, das Chondromukoid, Condroitinschwefelsäure, Chondroglutin, das Kollagon (leimgebende Substanz) und ein Albumioid. Es ist heute nicht bekannt, welche von diesen Substanzen zum Kalkeinlagerungsprozesse in näheren Beziehungen steht. Jedoch wissen wir, dass die Umwandlung stets in der Umgebung der Knorpelzellen beginnt. Kalk und Phosphor lagern sich als Hauptbestandteile des Knochens ein. Tatsache scheint es zu sein, dass der Kalk sich immer in den am schlechtesten ernährten Gewebspartien ablagert. Kassowitz fand beim Studium des normalen Knochenwachstums, dass die Kalkablagerungen immer nur in jenen dichtfaserigen, fibrillären Knorpelgewebspartien erfolgen, welche von den Gefässen weit abliegen und dass sie dort am raschesten erfolgt, wo die Gefässe im Begriffe sind gänzlich zu obliterieren.

Sehr wertvoll sind die Untersuchungen von Litten, dass nach Unterbinden einer Nierenarterie beim Kaninchen sich in kurzer Zeit in den gewundenen Harnkanälchen Kalksalze ablagern und es kommt bei pathologischen Verhältnissen zu echter Knochenbildung. Dasselbe weist Rohner an verkalkten Arterien nach.

Gleichzeitig hat Pfaundler sehr schöne Versuche über die Kalkabsorption frischer Kinder und Tierknochen und von Gelatine aus Lösungen gemacht und Durchspülungsversuche an Tieren angestellt. Er hat gefunden, dass der Unterschied derselben bei gesundem Gewebe und Rachitis kein nennenswerter ist, wohl aber die Absorption bei künstlich erzeugtem Kalkhunger eine grössere ist. Sehr interressant war es für mich, dass durch vorheriges Erhitzen der Lösung die Absorption aus der Lösung gesteigert wird.

Was nun den Hauptunterschied des normalen und des rachitischen Knorpelgewebes anbetrifft, so ist es die Unregelmässigkeit der Ossifikationslinie, welche normal eine gleichmässige ist. Makroskopisch fällt uns beim rachitischen Knochen sofort die stärkere Vaskularisation des Knorpelgewebes wie auch des Knochens selbst auf, der dadurch eine dunkelere Färbung annimmt, besonders am Schädel. Die grössere Weichheit fällt auch an ihm besonders auf, da sich unter Umständen sogar Eindrücke mit der Fingerkuppe machen lassen. Knochenbrüche solcher Individuen sind oft nur einfache Einknickungen, die ohne jegliche grössere Schmerzen verlaufen können. Hinzugefügt muss noch werden, dass auch am Periost Unregelmässigkeiten vorkommen. An den Kiefern wachsen infolge dessen die Zähne nach allen Seiten auseinander, wie auch das Verspäten derselben und die falsche Reihenfolge, oft ein Frühsymptom, in jedem Falle eine konstante Begleiterscheinung der Rachitis ist.

Soweit genügt ein Eingehen auf das Knochensystem für unsere Zwecke. Gehen wir nun zur Symptomatologie der übrigen Körperteile über.

Die Haut ist sehr anämisch und lässt sich in Fällen, die mit profusen Darmkatahrren verknüpft sind, häufig in jede beliebige Falte legen. Charakteristisch fürs Krankheitsbild sind die starken Schweisse besonders des Kopfes, welch letztere auch zu den Frühsymptomen gehören und ganz gewaltige Dimensionen annehmen können. Die Muskulatur ist atrophisch und schwach.

Im Gehirne findet eine starke Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit statt. Die Nähte weiten sich in Folge dessen, die Fontanelle und die Scheitelbeine werden vorgewölbt und der Kopf kann ungeheuer gross werden, doch sind rachitische Kinder oft geistig früh und gut entwickelt, nur tritt später unverhältnissmässig oft Neurasthenia cerebri ein. Im Rückenmark verlieren die Markscheiden ihre Färbbarkeit und das Gliagewebe nimmt zu. Dräsecke hat es sowohl am Affen und Menschenrückenmark nachweisen können.

Darüber, wie weit Tetanie und Spasmus glottidis zum rachitischen Krankheitsbilde gehören, ist viel und oft gestritten worden. Kassowitz vertritt ihren rachitischen Ursprung. Comby und Escherich verneinen denselben. In neuerer Zeit ist der Symptomenkomplex Facialis- und trousseauxsches Phänomen und Spasmus glottidis bei gleichzeitiger galvanischer Uebererregbarkeit der Nerven, zum Krankheitsbilde der Kindertetanie oder Spasmophilie als selbständige Einheit vereinigt worden. In einer sehr interessanten Arbeit hat Stölzner im vorigen Jahre nachgewiesen, dass sich bei Kindern mit der erhöhten galvanischen Nervenerregbarkeit eine solche, wenn sie nachgelassen, nach Darreichung von $CaCl_2$ sofort rezidiviert und die zur Auslösung des Reizes nötige Stromstärke von 5 auf 3—2 Milliampere sinkt, und er spricht die Krankheit deshalb als Ca-vergiftung an.

Da nun aber sowohl die von Stölzner vorgeschlagene absolute Diät wie auch eine zielbewusste Rachitistherapie überhaupt immer von Erfolg gekrönt ist, so scheint mir doch ex adjuvantibus auf den Zusammenhang zu schliessen zu sein. Ich glaube, dass die verschiedenen Meinungen mehr auf der verschiedenen Abgrenzung dessen, was jeder für Rachitis hält, beruhen als im Wesen der Sache selbst begründet sind.

Was die Erscheinungen des Gefässsystems anbetrifft, so sind dieselben schon mit bei der Beschreibung der Knochen erwähnt worden. Eine grosse Vascularisation und Erweiterung der Gefässe überall, in allen Organen. Vielfach auch vasomotorische Ueberreizung. Eine Literatur speziell über diese Seite der Erscheinung findet sich fast nirgends, doch scheint mir dieselbe, wie wir später sehen werden, nichtsdestoweniger recht wichtig zu sein. Arbeiten über die Leukocytose habe ich sogar überhaupt nicht gefunden.

Lymphdrüsen und Milz sind häufig geschwollen, namentlich die letztere erreicht oft gewaltige Dimensionen. Ausdehnungen bis zur Medianlinie und herüber gehören hier in Dünaburg nicht zu den Seltenheiten.

Was die übrigen drüsigen Organe anbetrifft, so sind dieselben die Ausgangspunkte eingehender Versuche geworden, ob nicht der Ausfall des einen oder des anderen Organs zur Rachitis führt. Lang empfiehlt therapeutisch die Schilddrüsensubstanz. Knopfelmacher und Heubner haben sie in Praxi angewand, der Erfolg war im grossen und ganzen negativ. Krautwig (Jahrb. für Kinderheilk.) fand bei Rachitis häufig eine vergrösserte Thymusdrüse. Mettenheim behandelt sie mit Thymussubstanz, unter günstiger Beeinflussung der nervösen Symptome. Lissauer und Stölzner haben mit negativem Resultate nachgeprüft.

Dann hat Stölzner mit Nebennierensubstanz behandelt mit günstigem Erfolge im Einzelnen. Er bringt die Rachitis in Analogie zum Myxödem, doch zweifelt er selbst schon später an der Brauchbarkeit in der Praxis (Jahrb. für Kinderh. 51) Bendix, Siegert, Langstein haben nur negative Resultate zu verzeichnen.

Die Leber ist häufig geschwollen, Taylor berichtet über einen Fall von sehr grosser Leber, den er mit Hydrg.-Einreibungen sehr günstig beeinflusste. Syphilitische Symptome waren nicht vorhanden.

Von Seiten des Atmungssystems treten, wohl durch den veränderten Thoraxdruck und die grössere Vascularisation veranlasst, auffällig häufig hartnäckige Bronchitiden mit interkurrenten Pneumonieen auf, die oft unmittelbare Ursache des exitus letalis abgeben. Die Schleimhäute der Nase und des Pharynx sind gleichfalls in hyperämischem Zustande.

Ein etwas intensiveres Eingehen erfordert der Verdauungstractus. Aeusserlich ist der Leib aufgetrieben. Anfangs sind die Stühle meist fest, später häufig profuse Durchfälle, doch ist darin kein regelmässiges Verhalten festzustellen. Es ist früher vielfach behauptet worden, dass diese Verdauungsstörungen durch ihren veränderten Stoffwechsel die Rachitis verursacht haben, durch Störung der Resorption von Kalksalzen. Ich möchte es aber doch betonen, das wir es in solchem Falle, ohne schon manifeste andere Erscheinungen, eben mit einem Frühsymptom der Rachitis zu tun haben. Häufig geht dann die Rachitis nach passender Therapie vorüber, ohne sonstige Erscheinungen zu machen, gewöhnlich werden aber solche noch später auftreten. Es ist schon immer als merkwürdige Erscheinung betont worden, dass Rachitiker mit krankem Darm Lebertran sehr gut vertragen, ich möchte sogar behaupten, dass bei solchen chronischen Fällen der Phosphorlebertran das sicherste Heilmittel ist. Ich habe an hunderten von Fällen mit manchmal monatelang dauernden Krankengeschichten die Nachprüfung in der Praxis angestellt. Die Resultate der Phosphorlebertrantherapie waren immer günstig. Der gerade bei diesen Formen häufig eintretende Prolapsus ani et recti weicht dieser Therapie gewöhnlich schon in verhältnissmässig kurzer Zeit. Hierher gehören auch die guten Erfolge die Buchholz-Hamburg mit der Lichtbehandlung und speziell bei der Obstipation erzielt hat.

Das wäre ein Schluss ex adjuvantibus, aber auch bei rein objectiven Erwägungen ist es sehr wahrscheinlich, dass eine Therapie, die das Allgemeinleiden hebt, die Teilerscheinungen auch zum Schwinden bringen wird. Um zu diesem Schluss zu kommen, muss man allerdings den Zusammenhang von Ursache und Wirkung erkennen und anerkennen.

Der Magen ist meist etwas erweitert, was bei dem schlaffen Gewebe und der grossen Flüssigkeitsaufnahme nicht zu verwundern ist.

Bei der Harnausscheidung sollte eine erhöhte Sekretion von Ammoniak stattfinden, doch hat neuerdings Baumann durch exacte chemische Versuche nachgewiesen, dass eine solche nicht stattfindet.

Was nun schlieslich die Verbreitung der Rachitis anbetrifft, so ist es eine unleugbare Tatsache, dass in manchen

Gegenden z. B. Sachsen und der Rheinprovinz ein endemisches Auftreten besteht, auch unsere hiesige Gegend gehört zu denen, in welchen entschieden ein über Mittel häufiges Auftreten vorkommt.

Jedoch ist die Krankheit nicht allein eine solche der Menschen, sondern ist im Tierreich auch vielfach verbreitet. Choumier hat schon 1894 ihr Vorkommen bei Ferkeln in Italien nachgewiesen. Hansemann hat im Berliner zoologischen Garten dieselbe bei Raubtieren, Bären, Hunden, Hasen, Rehen und besonders Affen festgestellt. Interressant ist es, dass bei den letzteren infolge der anderen durchschnittlichen Körperhaltung andere Knochendefekte entstehen. Da sie nicht liegen, sondern nur sitzen, verengert sich das Foramen opticum, und durch Kompression des n. opticus tritt häufig Blindheit ein. Hansemann ist der Ansicht, dass Tiere nur in der Gefangenschaft erkranken.

Was für Verhältnisse dabei im Spiele sind, werden wir noch später erörtern. Jedenfalls leiden unsere Haustiere, wie Kühe und Pferde, vielfach daran. Mag. Iwanow teilte mir mit, dass wegen des häufigen Vorkommens gerade in unserer Gegend, was sich mit den Verhältnissen am Menschen decken würde, hier keine Pferdezucht möglich ist, und ausserdem hat er die Beobachtung gemacht, dass solche Fälle speziell in sehr heissen oder sehr nassen Jahren vorkommen.

Rekapitulieren wir nun noch einmal das Material, um das Wesentliche und Gemeinsame der verschiedenen Krankheitserscheinungen zu finden, so glaube ich, haben wir vor allem die Berechtigung, die Rachitis als eine Krankheit, die den ganzen Organismus befällt und nicht als eine solche des knöchernen Skelets, wenigstens in der Hauptsache, anzusehen. Sind wir aber zu dieser Einsicht gekommen, dass die letztere nur eine Teilerscheinung der Allgemeinerkrankung ist, so fallen damit auch alle Hypothesen, die nur die Vorgänge im Knochen zur Grundlage haben als unbrauchbar fort. Wir stehen, wie sie sehen, auf einem ganz neuen, noch fast völlig unbeackerten Boden.

Die ganze Arbeit muss einfach von Grund auf wieder von neuem begonnen werden, es muss wieder Baustein auf Baustein gesammelt werden. Der Weg, auf dem wir zum Ziele streben, ist ein anderer geworden. Und wenn wir fragen, welches sind die Momente und Ursachen, die den Symptomenkomplex den wir Rachitis nennen, verursachen, so müssen wir ganz unwillkürlich als zweites hinzufügen: Wie weit kann man überhaupt heutzutage diese Frage beantworten?

Die ganze Gesunderhaltung unseres Körpers beruht auf der Gleichmässigkeit der Ausgabe und Einnahme von Materie, auf dem Stoffwechselgleichgewicht. Durch die Berührung mit der Aussenwelt werden entsprechend den physikalisch-chemischen Gesetzen eine Menge Stoffe in die umgebende Materie abgegeben, welche wieder aus der Umgebung ersetzt werden müssen, wenn nicht das Gewebe aus dem Zustande des Lebens in den der Nekrobiose und der Nekrose übergehen soll. Beim Menschen mit seinen differenzierten Organen, Magen, Lunge u. s. w. ist das ein sehr komplizierter Vorgang. Doch überzeugt man sich rasch von seiner Richtigkeit wenn man auf die biologisch einfachen Tierformen zurückgeht. — Amöben, Crustaceen, Seesterne u. s. w. Es ist dieselbe Aussenfläche, die den Tierleib von der Umgebung abgrenzt und gleichzeitig Aufnahme und Ausscheidung besorgt, d. h. durch osmotische Umsetzungen beide Prozesse vermittelt.

Es ist also a priori beim neugeborenen Kinde vorauszusetzen, dass, wenn man will, dass es gedeiht, auch alle die Bestandteile ihm zugeführt werden müssen, die in ihm zu chemischen Komplexen verbunden vorhanden sind und also auch zu seinem weiteren Aufbau und zur Erhaltung des Stoffwechselgleichgewichtes nötig sind, und dass diese in der Muttermilch enthalten sein werden. Und in der Tat haben die Untersuchungen Bunges dieses im höchsten Grade wahrscheinlich gemacht, beim Hunde direkt nachgewiesen.

Auf 1000 Gewichtsteile Asche kommen

	Beim neugeborenen Hunde.	In der Hundemilch.
K_2O	114,2	149,8
N_2O	106,4	88,0
CaO	295,2	272,4
MgO	18,2	15,4
Fe_2O_3	7,2	1,2
P_2O_5	394,2	342,2
Cl	83,5	169,0

Das betreffende Tier bekommt also zunächst in der Muttermilch alles, was es zum Ersatz und Aufbau nötig hat, und was wichtig ist, in derselben Proportion, in der es im Körper enthalten ist, um ein gleichmässiges Wachstum aufrecht zu erhalten.

Es ist also ohne weiteres klar, dass dieses Verhältniss gestört werden muss, wenn man die Milch eines anderen Tieres mit anderen Proportionen giebt oder wenn die Zusammensetzung der eigenen Muttermilch durch Aenderung oder überhaupt nicht entsprechende Nahrung eine andere wird. Es müssen dann andere osmotische Gleichgewichts- und Druckverhältnisse eintreten, und Gedeihen und Wachstum muss ein für die betreffende Art unnormales werden.

Die Verhältnisse liegen in der Tat auch so, doch bei weitem komplizierter als diese einfache schematische Darstellung. Der osmotische Druck ist direkt proportional der Anzahl der in Lösung suspendierten Moleküle. Nun können diese Moleküle wieder dissoziieren, und die Zahl der in der Lösung befindlichen Einheiten steigt und damit auch zugleich der molekulare Druck. Sie erinnern sich aus den Pfaundlerschen Versuchen, dass der frische Knorpol aus einer gekochten Kalklösung bedeutend mehr adsorbierte als aus einer ungekochten. Ich habe bei der Nachprüfung gefunden, dass die elektrische Leitfähigkeit einer gesättigten Kalklösung um das 2—4-fache steigt, wenn sie vorher gekocht wurde und in derselben also durch Dissociation eine bedeutende Vermehrung der Ionen und Moleküle eingetreten ist. Es ist jetzt verständlich, warum der Knorpel aus dieser Lösung trotz derselben Menge der chemischen Bestandteile jetzt mehr aufnahm und zugleich ein Beispiel für die enorme Wichtigkeit dieser Verhältnisse bei Beurteilung der uns interessierenden Fragen.

Als Nahrungsmittel für die Säuglinge kommen in erster Linie Mutter- und Kuhmilch und dann erst die Surrogate in Frage.

Stützen wir uns auf die theoretischen Berechnungen von Köppe auf Grund der Söldnerschen und Bungeschen Analysen, so erhalten wir:

	Lactoseanhydrid	Fett	Asche	Citronensäure	Eiweiss
Menschenmilch	63,6	31,1	2,44	0,5	19,5
Kuhmilch	42,5	34,2	7,0	1,8	32,2

	Gefrierpunktserniedrigung.	Elektrische Leitfähigkeit
Menschenmilch	0,589	22,6
Kuhmilch	0,562	43,8

Eine Berechnung der Molen Ionen auf Grund dieser Ziffern ergiebt nach Koeppe

Menschenmilch				Kuhmilch
0,18590 8	$\frac{63,6}{240}$	Lactoseanhydrid	$\frac{42,5}{240}$	0,01240
0,00230	$\frac{0,5}{210}$	Citronensäure	$\frac{1,8}{210}$	0,0080



Anionen.

0,01750	0,8240	K_2O	1,8	0,0383
0,00840	0,2610	Na_2O	1,1	0,0355
0,00600	0,3350	CaO	1,6	0,0286
0,00160	0,0645	MgO	0,2	0,0050
0,00006	0,0048	Fe_2O_3		

Kationen.

0,01315	0,4770	Cl	2,3	0,0486
0,00662	0,4705	P_2O_5		
0,24153	2,4368		7,0	0,2876
Mol-Ionen	Asche		Asche	Mol-Ionen

Defacto sind aber auf Grund der Gefrierpunktsberechnung vorhanden

	In Menschenmilch	In Kuhmilch
	0,34800	0,3040
davon ab	0,24153	0,2876
	0,07647	0,0164

Die bei Köppe fehlenden Anionen der Kuhmilch habe ich proportional denen der Menschenmilch berechnet, obgleich dort schon etwas weniger waren, als der Wirklichkeit entspricht. Das Resultat ist, dass die Menschenmilch mehr osmotisch wirkende Moleküle enthält, als sich theoretisch nach der chemischen Analyse berechnen lässt. Es sind also wahrscheinlich mehr Eiweissmoleküle, vielleicht auch uns noch unbekannte Stoffe osmotisch wirksam. Bei der Kuhmilch ist die Differenz viel geringer, und rechnen wir den Fehlbetrag bei den Anionen hinzu, vielleicht überhaupt nicht vorhanden. Auch die elektrisch leitenden Ionen sind in der Menschenmilch mehr vorhanden, da sich die elektrischen Widerstände gleich 43,8 zu 22,6 verhalten.

Wir müssen selbstverständlich annehmen, dass dieses alles annähernde Durchschnittswerte sind und auch bei der Frauenmilch grosse Schwankungen entsprechend der Ernährung sein werden. Nach Bunges Analysen schwankt schon der Aschegehalt nach 3 Tagen salzfreier oder salzhaltiger Nahrung. Es wird also auch nicht jede Milch dem idealen Aschegehalt des Säuglings entsprechen.

In jedem Falle ist aber das osmotische Druckverhältniss und das elektrische Leitungsvermögen der Menschen- und Tiermilch ein differentes, und wir haben uns schon oben bei den Pfaundlerschen Versuchen davon überzeugen können, wie sehr namentlich letzteres bei der Absorption in die Wagschale fällt.

Daher bin ich der Frage auch noch näher getreten und habe selbst die elektrische Leitfähigkeit von Milch und Milchmischungen genauer zu differenzieren und spezialisieren gesucht. Ich habe mit einem Apparate von Lorenz in Petersburg, mit eingeschaltetem Telephon und Wheatstonscher Brücke von 1, 10 und 100 Ohm Stöpselung gearbeitet, bei einer Flüssigkeitssäule von 10 Cm. Höhe und 1 QCm. Durchmesser. Die Resultate sind gewiss nicht ganz einwandsfrei, da dieselben von der Verunreinigung der Elemente mit Salmiak, Sättigung der Lösung und endlich der Disposition des Nn. Acusticus abhängig sind. Die Kontrollversuche mit $^1/_{50}$ normal Kali-Chloricumlösung haben allerdings nur eine Differenz von 0,02 an reciproken Ohm ergeben. Die Untersuchungen mit gekochten und ungekochten Ca-lösungen habe ich schon erwähnt.

Die Zahlen repräsentieren Durchschnittswerte. In folgender Tabelle zusammengestellt ergeben sie Widerstand in Ohm.

Kuhmilch (Meiereivollmilch) Holländ. Race	10,71
saure Milch	7,33
Molke	3,8
Filterrückstand + Aq. destill.	18,0
Kuhmilch + 1 T. aq. destill.	20,9
Kuhmilch + 2 T. aq. destill.	26,1
gekochte Kuhmilch	3,3
gekochte Kuhmilch + 1 T. aq. destill.	(2,7)?
gekochte Kuhmilch + 2 T. aq. destill.	7,4
saure Milch + 1 T. aq. destill.	9,0
Frauenmilch	8,62
Frauenmilchmolke	2,09
Frauenmilch 1 Woche post partum, sehr dünn	2,87
dieselbe Milch nach Trockendiät der Frau	13,0

Sehen Sie diese Tabelle durch, so fällt Ihnen der Unterschied in der Grösse des Leitungswiderstandes zwischen Kuhmilch und Frauenmilch = 10,71 : 3,62 sofort auf. Das Leitungsvermögen der gekochten Kuhmilch entspricht ungefähr demjenigen der letzteren, es wird geringer durch Verdünnung. Die verdünnte Kuhmilch enthält aber auch selbstverständlich nur den entsprechenden Bruchteil der zu berechnenden Molen Ionen.

Das Leitungsvermögen der Milch lässt sich durch Diät beeinflussen, wie wir aus den beiden letzten Ziffern ersehen.

Gehe ich jetzt den ganzen Symptomenkomplex der Rachitis noch einmal durch und kombiniere die eben gewonnenen Resultate, indem ich noch besonders die Iwanowsche Beobachtung, dass die Rachitis die Pferde und Kühe nur in sehr nassen oder sehr trockenen Jahren befällt, also wenn die chemisch-physikalische Zusammensetzung des Futters und damit auch der Milch eine andere ist, dass die Tiere sie meist in der Gefangenschaft also auch unter veränderten Lebensverhältnissen bekommen, und dass der Mensch nach alter Erfahrung in der Regel dann von ihr befallen wird, wenn er mit Kuhmilch ernährt und unter unhygienische Lebensbedingungen gestellt wird, so komme ich zu dem Schlusse, dass die Rachitis eine Erkrankung ist, die durch die Nahrung d. h. die Gesamtheit aller in flüssiger oder gasförmiger Form zugeführten Stoffe bedingt wird. Und zwar dadurch, dass bei einer Nahrung, deren chemische Zusammensetzung nicht derjenigen des zu ernährenden Körpers entspricht, in letzterem eine Verschiebung der osmotischen Druckverteilung und der elektrischen Leitfähigkeit eintritt, als deren Folgen wir die stärkere Vaskularisation und überhaupt Veränderungen der Absorptions- und Transsudationsverhältnisse, wie zum Beispiel in den Knochen und im Gehirne und die galvanische Uebererregbarkeit der Nerven vor uns haben.

Auf dieser Erkenntniss muss denn auch die Therapie aufgebaut werden, wir müssen dabei aber immer an die unendliche Mannigfaltigkeit der Ursachen denken, die von vorne herein jedes Schematisieren ausschliesst. Die ganze konstitutionelle Anlage der Mutter wird + der Nahrung und der ganzen Lebensweise eben im Resultat die Zusammenstellung der Milch ergeben, und von der Regulierung dieser im Verhältniss zum Bedürfniss des kindlichen Körpers wird die gesunde Weiterentwickelung, respektive die Genesung des Kranken abhängen.

Auf eine spezielle Therapie einzugehen, liegt schon ausserhalb des Rahmens dieses Vortrages. Und ich will, abgesehen von den Schlussfolgerungen, die ich wäh-

rend desselben gezogen habe, davon absehen, Ihnen meine Ansichten in abgerundeten Thesen zu formulieren.

Πάντα ῥεῖ sagt Thales v. Milet und er hat noch heute nach 3 Jahrtausenden Recht und wird immer Recht behalten. Ueber unsere Erkenntnisse hinweg werden wir selbst oder andere hinwegschreiten zu weiteren und vollkommeneren. Es können eben nur Etappen auf dem Wege sein.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. F. Calot: Die Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverenkung. Uebersetzt von Dr. P. Ewald. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Oscar Vulpius. Mit 206 Abbildungen. Stuttgart, Ferd. Enke. 1906. 283 S.

In der ihm eigenen temperamentvollen Weise teilt der bekannte Kinderchirurg in Berck-sur-mer seine Erfahrungen und Erfolge bei der Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung mit. Sein Wunsch, dass die Behandlung dieses Leidens Gemeingut aller Aerzte werde, ist freilich nicht erfüllbar, doch hat er das grosse Verdienst, durch seine geradezu plastische und bis auf die kleinsten Einzelheiten gegende ausführliche Schilderung aller ärztlichen Manipulationen von der ersten Untersuchung bis zum Schluss der Nachbehandlung, die Therapie dieses Leidens den Aerzten zugänglicher gemacht zu haben. Die von Calot befolgte Methode ist nicht neu im Ganzen, wohl aber in Einzelheiten. Jedem Fall von Luxation ist eine besondere Stellung des Oberschenkels im fixierenden Verband angepasst. Von den blutigen Behandlungsmethoden wendet er nur die subkutane Kapseldehnung an, und auch diese nur in sehr seltenen Fällen. Er bereitet die Reposition vor durch die vorhergehende Dauerextension oder die einmalige forcierte Extension. Seine Resultate sind überraschend günstige, zumal er eine vollkommen anatomische Heilung fordert; er ist der Meinung, dass man in Zukunft keine so schweren Reluxationen sehen wird, wenn man die Technik der forcierten Abduktion, die Hyperextension der deutschen Autoren, aufgeben wird.

Brennsohn-Riga.

Dr. F. Calot: Die Behandlung der tuberkulösen Wirbelentzündung. Uebersetzt von Dr. P. Ewald. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Oscar Vulpius. Mit 120 Abbildungen. Stuttgart, Ferd. Enke, 1907, 90 S.

Calot wendet sich in dem vorliegenden Buche an die praktischen Aerzte, denen er die Behandlung der Spondylitis, die er im Laufe der Jahre verändert und vervollkommt hat, zugänglich machen will. Die brüske Streckung des Buckels hat er nun ganz aufgegeben; er zeigt durch Wort und vorzügliche Bilder, welch' ausgezeichneten Erfolge man inbezug auf Ausheilung des Prozesses und Ausgleichung des Buckels durch seine gegenwärtige Methode der langsamen Streckung des Gibbus erzielen kann. Seine Diktion ist klar, einfach und leicht verständlich. Er zeigt die Technik des Redressements, die Korrektion des Buckels durch direkten Druck auf die erkrankten Wirbel vermittelst Wattepolsterung; er lehrt die Technik des Gipsverbandes und des orthopädischen Korsets, die Behandlung der Komplikationen und die Diagnose der beginnenden Spondylitis. An den Aerzten liegt es nun, seine gegenwärtige Methode nachzuprüfen und dann ein endgiltiges Urteil zu fällen.

Brennsohn-Riga.

Prof. Dr. Albert Hoffa: Technik der Massage. Fünfte verbesserte Auflage. Mit 45 Abbildungen. Stuttgart, Ferd. Enke. 1907. 90 S.

Das vorliegende Lehrbuch hat sich in Aerztekreisen rasch eingebürgert und von der Beliebtheit desselben giebt die rasche Aufeinanderfolge der Auflagen beredtes Zeugnis ab. Es ist das unbestreitbare Verdienst des leider zu früh verstorbenen genialen Verfassers, eine anatomische Massagetechnik geschaffen zu haben. Für den denkenden Arzt ergeben sich nach Hoffas Darstellung die Richtungen der Manipulationen gewissermassen von selbst. Durch alle fünf Auflagen hat sich die Schilderung eines Handgriffes erhalten, wie er in praxi nicht anwendbar ist. Das «Klopfen» (Tapotement) kann nicht «elastisch» ausgeführt werden, wenn Finger und Handgelenke «möglichst steif» gehalten werden (S. 14). Der Handgriff muss bei möglichst leicht beweglichen Handgelenken und Fingern, wie bei der Perkussion, ausgeführt werden. Die Diktion ist fliessend und klar, der Druck ausgezeichnet, die Abbildungen prägnant. Das Buch ist allen Aerzten warm zu empfehlen. Für Laien ist es nicht geschrieben, da Hoffa die Laienmassage überhaupt verwirft.

Brennsohn-Riga.

Prof. Dr. B. Bardenheuer und Dozent Dr. R. Graessner in Köln: Die Technik der Extensionsverbände. Dritte vollständig umgearbeitete Auflage. Mit 1 Tafel und 70 Textabbildungen. Stuttgart, Ferd. Enke. 1907. 130 S.

Die dritte Auflage ist der zweiten bereits in Jahresfrist gefolgt, ein deutlicher Beweis, dass die Extensionsbehandlung von Jahr zu Jahr immer mehr Anhänger gewinnt. Nach Richard Volkmann, der die Extensionsbehandlung nur bei Oberschenkelfrakturen anwandte, hat sich Bardenheuer am meisten für dieselbe interessiert und sie während einer 25-jährigen Erfahrung bei allen Knochenbrüchen, auch der obern Extremität, zu grosser Vollkommenheit ausgebildet. Das Buch zerfällt in den «allgemeinen Teil» (S. 3—34) und den «speziellen» (S. 73—130). In dem letztern sind die Verbände für die einzelnen Frakturformen, wie sie Bardenheuer im Laufe der 25 Jahre, in denen er die Extensionsbehandlung ausbaute, erprobt hat. Bei den wichtigsten Frakturen ist die Beschreibung der Streckverbände durch Zeichnungen illustriert. Wenn auch der Streckverband etwas teurer als ein Gipsverband sich stellt und die Extensionsbehandlung viel Aufmerksamkeit, grossen Fleiss und eine stete Ueberwachung beansprucht, so wird die grössere Mühewaltung durch die kürzere Heilungsdauer und bessere funktionelle Resultate belohnt. Namentlich ist eine frühzeitige Vornahme von Bewegungen, sowohl passiven als besonders aktiven, bei dieser Behandlungsmethode möglich. Das Buch ist allen praktischen Aerzten zu empfehlen.

Brennsohn-Riga.

Dr. Hermann Gocht: Künstliche Glieder. Ein Beitrag zur mechanischen und orthopädischen Chirurgie. Mit 208 Abbildungen im Text. Stuttgart, Ferd. Enke 1907. 160 S.

Das Buch, das dem Andenken Schede's gewidmet ist ist eigentlich der zweite Abschnitt des Gesammtwerkes «Amputationen und Exartikulationen» von Petersen und Gocht aus der «Deutschen Chirurgie» und bildet eine Ergänzung der im Jahre 1901 in gleichem Verlag erschienenen «Orthopädischen Technik» desselben Autors. Es stellt eine Neuauflage des im Jahre 1882 von Schede geschriebenen gleichnamigen Werkes dar und umfasst sowohl die ältern Konstruktionen, wie die neuern bis auf den heutigen Tag. Das nicht nur für Aerzte, sondern ganz besonders für Bandagisten, Mechaniker und Amputierte selbst durchaus praktische Buch zerfällt in einen allgemeinen Teil (S. 1—46), und einen speziellen (S. 47—159). Der erste enthält anatomische und statistische Betrachtungen über das Stehen und Gehen, sowie über das Material und die Konstruktion der Gelenke und Hülsen, Befestigung und Polsterung der künstlichen Glieder. Im zweiten werden die Ersatzteile der oberen und untern Extremität ausführlich und genau abgehandelt und durch klare Illustrationen erläutert.

Brennsohn-Riga.

Schmorl, G.: Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden. Vierte neu bearbeitete Auflage. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1907.

Es würde genügen auf das Erscheinen einer neuen Auflage des vorliegenden Werkes hinzuweisen, weil es zu allgemein bekannt und geschätzt ist, um einer eingehenderen Besprechung zu bedürfen, wenn sich hier nicht die günstige Gelegenheit bieten würde, auf einzelne für die Laboratoriumsarbeit wichtige Fragen hinzuweisen.

Ein derartiges Buch kann natürlich niemals die Anleitung im Laboratorium vollkommen ersetzen, doch vermissen wir hier wie auch in vielen neueren Lehrbüchern der normalen Histologie die theoretische Auseinandersetzung über das mikroskopische Sehen, und das Resultat (wenigstens bei uns in Russland) ist, dass die meisten Aerzte mit dem Mikroskop nicht richtig umzugehen verstehen. Praktisch übt man sich

ja ein unter dem Mikroskop nach Möglichkeit viel zu sehen, dass man aber unter jeglichen Bedingungen die maximale Leistung des Präcisionsinstrumentes ausnutzt, ist absolut ausgeschlossen.

Das Buch hat an Volum zugenommen, und das erklärt sich aus der Zunahme des Stoffes durch Angabe zahlreicher neuer Methoden; besonders nehmen die Untersuchungen der Bakterien und anderer niederer Lebewesen viel Raum ein. Der reiche Stoff und die übersichtliche Anordnung desselben werden dem Buch seine Freunde erhalten und neue erwerben, doch sei es hier erlaubt, auf einen offensichtlichen Fehler aufmerksam zu machen, der sich schon durch mehrere Auflagen hindurchzieht: auf Seite 203 wird bei der Färbung mit Thionin-Pikrinsäure des Knochens eine «konz. wässrige Lösung von Thionin in 50 proz. Alkohol» empfohlen. Aus dieser Vorschrift ist doch nicht zu ersehen ob die Lösung wässrig oder alkoholisch ist?

Ucke.

Dr. Orlowski: Die Behandlung der Gonnorrhoe des Mannes. A. Stubers Verlag in Würzburg. 1908. Preis br. M. 2.50.

Obwohl eine grosse Anzahl von Lehrbüchern und Abhandlungen über das Thema vorliegen, wird das vorliegende kleine Werk doch sicherlich Freunde finden. Der Verfasser hat es verstanden, auf 112 Seiten eine recht erschöpfende Darstellung der Gonorrhoetherapie beim Manne zu liefern, die die neuesten Methoden deutlich und klar zur Anschauung bringt und nichts Wesentliches ausser acht lässt. Das Buch ist von einem Praktiker für Praktiker oder solche, die es werden wollen, geschrieben. Der subjektive Anstrich ist in diesem Sinne ein Vorteil, der Verfasser beschreibt ausführlicher nur das, was sich ihm bewährt hat und die Methoden und Medikationen, die er vorwiegend anwendet.

W. Schiele.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 28. Sept. 1907.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

Herr Schneider hält seinen angekündigten Vortrag über: Radium in der Trachomtherapie.

Nach einleitenden Bemerkungen über die allgemeine Wirkung der Radiumstrahlen auf die verschiedenen Gewebe des Organismus und Erwähnung einiger Heilresultate wird die Wirkung der Strahlen auf das Auge besprochen: Hornhaut und Netzhaut scheinen den Strahlen gegenüber besonders empfindlich zu sein. Was die Heilung des Trachoms mit Radium betrifft, so geht aus den bisher veröffentlichten Arbeiten — es sind verhältnismässig wenige, besonders fehlen mikroskopische Befunde — hervor, dass die frischen Trachomfälle durch die Einwirkung der Radiumstrahlen geheilt werden können, während ihre Wirkung auf ältere und mit Pannus komplizierte Fälle zweifelhaft ist, obgleich auch in diesen Fällen die Strahlen den Krankheitsprozess günstig zu beeinflussen im Stande sein können und daher den anderen therapeutischen Mitteln an Wirkung nicht nachstehen. Die Follikel verschwanden, ohne dass nebenbei entzündliche Erscheinungen auftraten, ein Zerfall oder eine Zerstörung des Epithels fand nicht statt, daher auch keine Narbenbildung. Hervorgehoben wird die Schmerzlosigkeit der Behandlung. Eine Schädigung des Bulbus, die von vielen gefürchtet wird, ist nie beobachtet worden, obgleich Schutzmassnahmen (Bleiplatten) von den Autoren nicht angewandt wurden.

(Autoreferat).

An der Diskussion beteiligen sich die Herren Lackschewitz, Meyer und Schneider.

Herr Dehio hält einen nicht angekündigten Vortrag über Leukämie.

Nachdem der Vortragende die wesentlichen Blutveränderungen bei Leukämie besprochen und mikroskopische Präparate demonstriert, berichtet er über die neuen Versuche Kurt Zieglers mit Röntgenbestrahlung von Milz und Knochenmark an Versuchstieren und entwickelt dessen Theorie über Entstehung der myelogenen Leukämie.

Diskussion:

Riemschneider: Da die Milz, ebenso wie noch einige andere Organe im Embryonalleben normaliter sowohl lymphatische wie medullare Elemente des Blutes erzeugen, und bei der myelogenen Leukämie wieder in der Milz Markelemente auftreten, so liegt die Fragestellung nahe, ob sich beim gesunden Erwachsenen in der Milz kleine Herde für die Markzellengenese vorfinden.

Dehio kann über hierher gehörige Untersuchungen keine Mitteilungen geben, er möchte noch hervorheben, dass die Ziegler'schen Untersuchungen mehr für die Ehrlich'sche dualistische Theorie der Blutbildung sprechen.

Masing: Die Ziegler'sche Theorie, dass myelogene Leukämie auf primärer Erkrankung der Milz beruht, ist ohne weitere Hülfstheorien nicht annehmbar, denn man hätte dann ja nur nötig die Milz zu extirpieren, um die causa nocens fortzuschaffen. Masing hebt ferner hervor, dass die Röntgenstrahlen in erster Linie zerstörend auf die Jugendformen der Leukozyten — sowohl Mark- wie Lymphzellen — wirken.

Riemschneider macht darauf aufmerksam, dass Zieglers Beobachtungen die Saxer'sche Theorie der Blutbildung unterstützen.

Es sprechen noch Russow, Masing und Dehio über die heutige Auffassung einiger Blutelemente, insbesondere der grossen Lymphozyten.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Goldenes Jubiläum. Am 7. Juni beging einer der ältesten Aerzte Moskaus, Dr. Albert Reppmann, das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit. Der Jubilar, welcher 74 Jahre zählt, ist Inhaber einer von ihm geleiteten Anstalt für Nervenkrankheiten mit beständigen Betten in Moskau, ausserdem Konsultant an der Heilanstalt des Fürsten Dolgoruki und Fabrikarzt daselbst.

— Der Oberarzt des St. Petersburger städtischen Marien-Magdalenen-Hospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Tschernjajew, ist auf zwei Monate ins Ausland beurlaubt worden.

— Der Gehülfe des Kostromaschen Gouvernements-Medizinalinspektors, wirkl. Staatsrat Dr. Iwanow, ist auf sein Gesuch krankheitshalber verabschiedet worden.

— Der Oberarzt des Irkutskischen Militärhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. G. Awtonomow, ist zum Gehülfen des Militär-Medizinalinspektors des Irkutskischen Militärbeziks ernannt worden.

— Der Gehülfe des Medizinalinspektors des Pensaschen Gouvernements, Staatsrat Dr. Jegorow, ist auf den entsprechenden Posten im Gouvernement Smolensk übergeführt worden.

— Verabschiedet mit Uniform und Pension wurden: Der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des Omsker Militärbezirks wirkl. Staatsrat Dr. W. Bronnikow und der Brigadearzt der 65. Inf.-Brigade, Staatsrat Dr. K. Pawelko — letzterer unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrat.

— Der Konsultant der estländischen Kreuzeserhöhungsgemeinschaft barmherziger Schwestern des Roten Kreuzes, Staatsrat Dr. Alexander Kusmanoff, ist auf sein Gesuch aus dem Dienst entlassen worden.

— Zum Rektor der Universität Bern ist für das Studienjahr 1908/09 der Professor der Pharmazie Dr. Albert Tschirch gewählt worden, der seine Laufbahn als Berliner Privatdozent begann.

— Sein 25-jähriges Dozentenjubiläum feierte dieser Tage der Direktor der Staatsanstalt für Untersuchungen mit Röntgenstrahlen, Professor für innere Medizin an der Berliner Universität, Dr. Emil Grunmach. Im Jahre 1888 zum Professor ernannt, wandte er sich gleich nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen der Verwertung derselben für die innere Medizin zu, so dass ihm 1897 die Leitung des neuerrichteten staatlichen Röntgenlaboratoriums übertragen wurde. Zahlreiche Abhandlungen über die diagnostische und therapeutische Verwertung der Röntgenstrahlen bezeugen die Fortschritte, die diese Lehre Prof. Grunmach zu verdanken hat.

— Der Direktor des anatomischen Instituts der Universität Leipzig, Prof. Dr. Rabl, lehnte den Ruf an die Wiener Universität ab.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 5. Juni in Bilderlingshof bei Riga nach schwerer Krankheit der ältere Ordinator des Rigaer Militär-Hospitals Dr. Viktor Ssokolow im 46. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war zu Pensa als Sohn eines Gutbesitzers geboren und widmete sich dem Studium der Medizin zuerst 1882 in Kasan, dann von 1884 bis 1887 an der mediko-chirurgischen Akademie in St. Petersburg, welche er als Arzt eximia cum laude absolvierte. Die Doktorwürde erlangte er ebenfalls an der Akademie i. J. 1889. Seine praktische Tätigkeit begann er 1888 zu Mitau als Militärarzt und zugleich freipraktizierender Arzt, war dann Oberarzt des Nowotorsbokschen Infanterieregiments in Libau und in der letzten Zeit älterer Ordinator am Kriegshospital in Riga. 2) Am 17. Mai in Omsk der Oberarzt des städtischen Krankenhauses Dr. Wassili Ssossunow im Alter von 40 Jahren. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1895 war S. Dorfarzt im Gouvernement Tobolsk und erst in den letzten Jahren wurde ihm die Leitung des Omsker Stadthospitals übertragen, um dessen Organisation er sich grosse Verdienste erworben hat. Die sibirischen Zeitungen widmen dem Verstorbenen als Arzt wie als Menschen warme Worte der Anerkennung. 3) In Warschau der frühere Petersburger Arzt und Bahnarzt der Nikolai-Eisenbahn, wirkl. Staatsrat Dr. Felix Rymowicz, im Alter von nahezu 80 Jahren. Im vorigen Jahre konnte er in Warschau, wo er nach seiner Verabschiedung als praktischer Arzt lebte, noch das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit begehen. 4) In Warschau der ausseretatmässige Ordinator am Hospital zum «Kindlein Jesu» Metschislaw Korzenewski im 47. Lebensjahre nach fast 20-jähriger Praxis. 5) In Kutais die Arztin Nadeshda Rodsewitsch, geb. Belskaja an Eklampsie im 35. Lebensjahre. Die Verstorbene hatte im Jahre 1904 das St. Petersb. weibliche medizinische Institut absolviert und war in der Buguruslanschen Landschaft, dann in einer Augenheilanstalt in Kiew und seit dem Mai 1906 in der Heilanstalt des Arztes Topuri in Kutais angestellt. 6) In der Südsee der deutsche Marinestabsarzt Dr. Stephan, der sich durch seine ethnographischen Forschungen einen Namen gemacht hat, im 36. Lebensjahre. Am 4. September 1907 trat er jene Forschungreise nach den deutschen Südseegebieten an, von der er nicht mehr heimkehren sollte.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Gesuche um Aufnahme ins St. Petersburger weibliche medizinische Institut sind bis zum 15. August beim Direktorium des Instituts einzureichen. Nach den neuen Bestimmungen finden Aufnahme ins Institut Frauen und Mädchen im Alter von 19—20 Jahren, die ein siebenklassiges Mädchengymnasium oder eine ähnliche Anstalt absolviert haben. Sie haben aber Zeugnissse über bestandene Prüfungen im Russischen, in der Mathematik, im Lateinischen und in einer der neueren Sprachen nach dem Programm der Knabengymnasien beizubringen und eventuell auch Erlaubnisscheine von ihren Eltern resp. Vormündern oder Gatten.

— Die Eröffnung der geplanten Saratower Universität ist noch in weitem Felde, woran auch der Mangel an Lehrkräften die Schuld trägt. Der Ministergehülfe Uljanow versprach in der Reichsdumasitzung am 12. Juni, zu Beginn der Herbstsaison eine Gesetzesvorlage wenigstens bezüglich einer medizinischen Fakultät in Saratow einzubringen.

— Das Frauenstudium an den deutschen Universitäten. Im laufenden Sommersemester sind an den Universitäten des Deutschen Reiches, die den Frauen bis jetzt das Recht der Aufnahme eingeräumt haben, nämlich die süddeutschen, ausgenommen Strassburg, sowie die Universitäten Leipzig und Jena, 376 vollberechtigte Studentinnen eingeschrieben, von denen sich 169 dem Studium der Medizin widmen. Ausser diesen immatrikulierten Studentinnen befinden sich an denjenigen Universitäten, welche Frauen nicht immatrikulieren, sondern sie nur als Hörerinnen zulassen, eine ganze Anzahl Frauen mit abgeschlossener Mittelschulbildung, die von den Universitäten nicht besonders angeführt werden. An den preussischen Universitäten können bis jetzt Frauen nicht immatrikuliert werden.

Standesangelegenheiten.

— Bezüglich einer Beteiligung der Aerzte Deutschlands in ihrer Gesamtheit an dem vom baltischen Komitee geplanten Ernst von Bergmann-Denkmal in Dorpat schweben noch, wie die «Deutsche mediz. Wochenschr.» meldet, Verhandlungen unter den in Betracht kommenden Stellen, um eine prinzipielle Entscheidung darüber herbeizuführen, ob für eine im Auslande gedachte Ehrung Mittel aufgebracht werden sollen.

— Der Kreislandschaft von Wolokolamsk (Gouv. Moskau) ist vom Moskauer Gouverneur nicht gestattet worden, die Volksbibliothek der Landschaft nach dem verstorbenen Sanitätsarzt B. J. Jurkowski «Jurkowskische Volksbibliothek» zu nennen.

— Da der Flecktyphus in vielen Gegenden des Reiches epidemisch herrscht, so ist dem Ministerium des Innern Allerhöchst gestattet worden, dem in diese Gegenden abkommandierten medizinischen Personal ein Honorar in derselben Höhe, wie die Kommission zur Bekämpfung der Pest dem von ihr in die Choleragegenden delegierten Personal zahlt, auszusetzen, nämlich, ausser den Fahrtengeldern, den Aerzten 10 Rbl. und den Feldschern 3 Rbl. 50 Kop. täglich.

— Die vom Ressort der Wasserwege auf die zur Verhütung der Cholera an der Wolga eingerichteten ärztlichen Beobachtungspunkte abkommandierten Aerzte erhalten, bei freier Fahrt in der I. Klasse, 9 Rbl. täglich und 100 Rbl. zur Ausrüstung, und die Feldscher, bei freier Fahrt in der II. Klasse, 3 Rbl. täglich und 50 Rbl. zur Ausrüstung. Die Ausrüstungsgelder werden nachträglich für die Aerzte noch um 100—250 Rbl. und für die Feldscher um 50—100 Rbl. erhöht, wenn sie bis zur Schliessung der Beobachtungspunkte gedient und in ihrer Baracke Cholerakranke in Behandlung gehabt haben.

— Ueber das Verhältnis der Aerzte zu den Versicherungsgesellschaften ist auf dem soeben geschlossenen Deutschen Aerztetage in Danzig wieder verhandelt worden. Im vorigen Jahre beschloss, wie wir damals berichteten, der Aerztetag in Münster, an die Versicherungsgesellschaften das Verlangen zu stellen, dass das Honorar der Vertrauensärzte für jede Untersuchung von 10 auf 15 Mark, das der Hausärzte für jedes Attest von 5 auf 10 Mark erhöht würde. Diesen Beschluss hat aber der Vorstand nicht ausgeführt; er will vielmehr mit den Gesellschaften einen Vertrag schliessen, wonach die Vertrauensärzte für alle Untersuchungen unter 5000 Mark Versicherungssumme 10 Mark, bis zu 20,000 Mark — 15 Mark und über 20,000 M. Versicherungssumme 20 Mark erhalten sollen. Die entsprechenden Sätze für Hausarztatteste sollen 5, 7½ und 10 Mark betragen. — Bei der Begründung dieses Vorschlages des Vorstandes führte Prof. Dr. Kraft (Görbersdorf) aus, die Gesellschaften hätten ja Geld genug, um den Forderungen der Aerzte endlich gerecht zu werden, man dürfe aber auch nicht zu weit gehen. In Amerika hätten viele Gesellschaften auf die vertrauensärztliche und hausärztliche Untersuchung schon verzichtet, weil die Untersuchung nur für die ersten fünf Jahre für sie Wert habe. Redner bittet um die Annahme des Vorschlages, nachdem die Kommission eine Einigung mit den Versicherungsgesellschaften erzielt hat. Obgleich die Sätze niedriger seien als die vom vorigen Aerztetage beschlossenen, so erreichten doch die Aerzte damit eine Erhöhung ihrer Bezüge in den Versicherungsgesellschaften um etwa 20 Prozent, so dass die Aerzte jetzt anstatt 2 Millionen, 2,400,000 Mark erhielten.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das 25-jährige Jubiläum der St. Petersburger städtischen Gebärasyle wurde am 7. Juni im Saale der Stadtduma gefeiert. Gleichzeitig begingen die Aerztin Marie Ssasonowa und die Hebammen M. Sixt, M. Akwilonowa und M. Tutukina, welche die ganze Zeit an den Gebärasylen tätig gewesen sind, ihr Jubiläum. — In den von der Stadt mit einem jährlichen Kostenaufwande von mehr als 200,000 Rbl. unterhaltenen Asylen sind im Laufe von 25 Jahren 47,958 Frauen entbunden worden. Im letzten Jahre (1907) haben in den 14 Asylen mit zusammen 327 Betten nicht weniger als 18,626 Geburten stattgefunden.

— Gegen die von der Medizinalverwaltung im J. 1907 genehmigte Eröffnung von 24 neuen Apotheken in St. Petersburg hatten die Besitzer der gegenwärtig bestehenden Apotheken eine Klage beim Senat eingereicht. Wie die Tagesblätter melden, hat der Senat dieser Tage die Klage abschlägig beschieden.

— Am 1. Juni ist die Kursaison in Kislowodsk eröffnet worden. Die Gesellschaft der Aerzte in Kislowodsk hält es bei dieser Gelegenheit für ihre Pflicht, nachdem sie sich in gemeinsamer Sitzung mit der Brunnenverwaltung von dem Stande der Arbeiten an der Narsanquelle sowie an Ort und Stelle selbst von der genügenden Regulierung derselben überzeugt hat, dem Publikum zur Kenntnis zu bringen, dass der regelmässige Verlauf der Kursaison in Kislowodsk gesichert ist. (Das Schriftstück ist von 24 Aerzten unterzeichnet).

— Da in der letzten Zeit die Erkrankungen an den Pocken in St. Petersburg zugenommen haben, so hat der Stadthauptmann unentgeltliche Schutzimpfungen in den Ambulanzen der Polizeigebäude und in den städtischen Ambulatorien (täglich von 9—11 Uhr) angeordnet. Wie die Tagesblätter erfahren haben wollen, sollen in der letzten Zeit bereits 300,000 Personen geimpft worden sein, so dass der Vorrat an Pockenlymphe auszugehen droht.

— Verurteilung eines Naturheilkundigen. In Berlin stand vor kurzem der Naturheilkundige Paul Mistelsky, der sich die hochtönenden Titel «Professor der Pariser Freien Universität (Université libre), korrespondierender Professor an der Universität in Toulouse, Naturheilkundiger Direktor der elektro-physikalischen Licht-Naturheilanstalt» beigelegt hat, wegen Betruges angeklagt vor dem Berliner Schöffengericht. Eine an einem schweren Krebsleiden erkrankte Frau, die auch aus einer Klinik als unheilbar entlassen worden war, wandte sich an Mistelsky, der ihr, nachdem sie von den im Mistelsky'schen Institut amtierenden Dr. med. Fischer untersucht worden war, die besten Aussichten auf Heilung eröffnete. Die Kur in der teuersten Klasse (250 M.) des Mistelsky'schen Instituts blieb ohne irgend welchen Erfolg und die Patientin ist bald darauf gestorben. Ein Kausalzusammenhang zwischen der Kur und dem Tode der Frau ist nicht vorhanden, dagegen standen die Staatsanwaltschaft wie auch das Schöffengericht auf dem Standpunkt, dass ein Betrug darin liege, wenn der Angeklagte, dem die Unheilbarkeit des Leidens bekannt sein musste, die Frau in dem Irrtum erhalten habe, dass er sie gesund machen könne. Das Urteil lautete daher auf 1000 Mark Geldstrafe.

— Die Trachomatose nimmt in den Wolgakolonien und in den deutschen Kolonien Südrusslands dermassen überhand, dass es dort Dörfer giebt, wo diese Krankheit schon nahezu die Hälfte der Familien befallen hat. Als die wichtigste Massregel zur Verhinderung der Ausbreitung der Krankheit ist jedenfalls zu betrachten, dass die Leute über das Wesen dieser Krankheit aufgeklärt werden und dass ihnen Verhaltungsmassregeln an die Hand gegeben werden. Diesen Weg haben nun zwei wohldenkende Männer beschritten: Dr. Otto Walter, ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität und gegenwärtig Arzt an der städtischen Augenklinik in Odessa, hat ein Flugblatt über das Trachom verfasst, in welchem in gemeinverständlicher Sprache das Wesen der Krankheit und die Verhaltungsmassregeln dargelegt werden, und der Odessaer Kaufmann W. F. Tröster hat dieses Flugblatt auf seine Kosten drucken lassen, um es durch sämtliche 7 in den Kolonien gelesenen Zeitungen als Beilage in den Kolonien zu verbreiten.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. Mai d. J. 11569 (179 weniger als in der Vorwoche), darunter 887 Typhus abdom. — (34 wen.), 18 Typhus exanthemat. — (4 wen.), 404 Febris recur. (52 wen.), 449 Syphilis — (5 wen.), 344 vener. Kranke — (5 mehr), 199 Scharlach — (10 mehr), 203 Diphtherie — (3 mehr), 138 Masern — (5 mehr), und 159 Pockenkranke — (10 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 11. bis zum 17. Mai d. J. im ganzen 1003, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 47, Febris recurrens 9, Pocken 12, Masern 79, Scharlach 16, Diphtherie 17, Keuchhusten 9, Krupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 10, Grippe 12, Katarrhalische Lungenentzündung 139, Ruhr 5, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 19, Tuberkulose der Lungen 109, Tuberkulose anderer Organe 38, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 33, Krankheiten des Verdauungskanals 98, andere Krankheiten 263. Ausserdem 40 Totgeborene.

Am 24. Mai d. J. betrug die Zahl der Kranken 11324 (245 wen. als in der Vorwoche.), darunter 838 Typh. abd. — (49 wen.), 15 Typh. exanthemat. — (3 wen.), 364 Febris recur. — (40 wen.), 437 Syphilis — (12 wen.), 317 vener. Kranke (27 wen.), 210 Scharlach — (11 mehr), 199 Diphtherie — (4 wen.), 103 Masern — (35 wen.) und 153 Pockenkranke (6 wen. als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 18. bis zum 24. Mai d. J. im ganzen 914, darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 2, Typhus abdom. 27, Febris recurrens 6, Pocken 9, Masern 66, Scharlach 18, Diphtherie 12, Keuchhusten 10, Krupöse Lungennetzündung 31, Erysipelas 6, Grippe 9, Katarrhalische Lungenentzündung 105, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberkulose der Lungen 105, Tuberkulose anderer Organe 37, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 34, Krankheiten der Verdauungsorgane 95, andere Krankheiten 275, Ausserdem 40 Totgeborene.

SANATOGEN BAUER

bewirkt Ansatz von Eiweiss und Phosphor, Erhöhung der Oxydations-Energie, Anregung des Stoffwechsels und ist daher das wirksamste Kräftigungsmittel. Den Herren Ärzten stehen auf Wunsch Proben und Literatur zu Diensten.

Bitten ergebenst um Verwechslungen mit minderwertigen Nachahmungen zu vermeiden ausdrücklich **„Sanatogen der Firma Bauer & Cie."** zu verschreiben. Generalvertretung von Sanatogen, St. Petersburg, Gr. Stallhofstrasse (Konjuschennaja), 29.



(77) 10—6.

Sauerstoff, Wasserstoff, Stickstoff, Leuchtgas etc.

komprimiert in leichten, nahtlosen Stahlflaschen jeder Grösse,



Sauerstoff-Inhalationsapparate
Sauerstoff-Chloroformapparate

in bewährten Ausführungen von den einfachsten bis zu den elegantesten

Sauerstoff-Fabrik Berlin

G. m. b. H. — Berlin B. 35, Tegeler-Strasse 15.

Mehrfach prämiert auf in- u. ausländ. Ausstellungen.

Bitten genau auf Firma zu achten.
Prospekte umgehend und kostenfrei.

Ständige Musterausstellung. Vertreter gesucht. Besichtigung erbeten.



BAD KREUZNACH

Saison 1. Mai—30. Sept.

Stark radioaktive Jod-, Brom- und Lithionhaltige Heilquellen. Alle modernen Heilmittel und perfekte sanitäre Einrichtungen.

Radiumgewinnung.

Indikationen: Frauen- und Kinderkrankheiten, Skrofulose, Rachitis, Hautkrankheiten, Herzkrankheiten, Gicht u. Rheumatismus.

Versand von Kreuznacher Mutterlauge.

Prospekte durch die Kurdirektion gratis und franko.

TABLETTEN

von Dr. B. Rafelkes

zur Bereitung von Schwefelbädern zu Hause. Diese künstlichen Schwefelbäder können vollständig natürliche Bäder in den Kurorten vertreten. Chemische Analyse von Prof. Dr. Poehl in St. Petb. Freies, nichtgebundenes H_2S-gas 0,1%, Gebundenes H_2S-gas 4,29%. Aromatischer Waldwollextract c. Ferro in Tabletten von Dr. B. Rafelkes.

Jede Tablette enthält 4 Esslöffel Waldwollextrakt und eine für ein Vollbad genügende Quantität von Eisen.

Hauptlager: Stadt Sejny, Gouv. Suwalki bei Dr. B. Rafelkes.

Dr. Brehmers Heilanstalten für Lungenkranke.

Gröbersdorf in Schlesien.

Zum 1. August suche ich russisch und deutsch sprechenden Kollegen (Christ) als Assistenzarzt unter günstigen Bedingungen.

Der Chefarzt: Prof. Dr. **Kraft.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**“ war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) —49.

ARHOVIN

Dr. Horovitz.

Vorzügliches Präparat zur INTERNEN und externen Behandlung der

= GONORRHOE =

Wichtiges Prophylaktikum gegen Gonorrhoische Gelenkentzündungen und Endocarditiden.

Medikation-intern. Arhovin 0,25 in capsl. gelat. S. 3–6 Mal tägl. 1—2 Capseln. **Medikation-extern.** Sol. Arhovini in ol. Provincial, 5% S. 2—3 Mal tägl. pro Inject. Bacill. Arhovini 6%. Im Verkauf Caps. Arhovini à 30 u. 50 Stück im Origln. Bacilli Arhovini und Arhovini liquid.

PYRENOL

Dr. Horovitz.

Wichtiges Antipyreticum, Expectorans und Antirheumaticum

= SPECIFICUM =

gegen Pertussis, Influenza, Asthma bronchiale.

Ordination: für Kinder pro Dose 0,1—0,5, für Erwachsene 0,5—1,5 — 3—4 Mal tägl., in Form von Pulvern, Tabletten oder Mixtur mit Sir. Rubi Idaei oder Aquae Menthae. Im Handel in Original à 10,0—25,50 0–100,0 oder in Tabletten.

Literatur franko und gratis durch Provisor: **E. JÜRGENS, Wolchonka, Moskau.** — GOEDECKE & Co. Chemische Fabrik, Leipzig.

BAD KUDOWA

Reg.-Bez. Breslau
Bahnst. Kudowo oder Nachod.
400 m über dem Meeresspiegel.

Saison: Vom 1. Mai bis Oktober.

Arsen-Eisenquelle: Gegen **Herz-**, Blut-, Nerven- und Frauenkrankheiten.
Lithion-Quelle: Gegen Gicht, Nieren- und Blasenleiden.
Natürliche Kohlensäure- und Moorbäder.
Neu erbohrte, ausserordentlich kohlensäurehaltige und ergiebige Quelle. Komf. Kurhotel. Theater- und Konzertsäle. Anstalt für Hydro-, Elektro- und Licht-Therapie. Medico-mechanisches Institut. Hochwasserleitung und Kanalisation.

Badeärzte: Geh. Sanitäts-Rat Dr. Jacob, Dr. Karfunkel, Dr. Hermann, Dr. Witte, Privat-Dozent Dr. Ruge, Sanitäts-Rat Kuhn, Dr. Silbermann, Dr. Münzer, Dr. Brodzki, Dr. Hirsch, Dr. Loebinger, Dr. Kabierschke, Dr. Bloch, Dr. Schnabel, Zahnarzt Dr. Wolfes.

Brunnen-Versand durch die Generalvertretung **Dr. S. Landsberger,** Berlin SW. Gitschinerstr. 107, Tel. A. IV 1046, und die Bade-Direktion Kudowa

Prospekte gratis durch **sämtliche Reisebüros, RUDOLF MOSSE** und

Die Bade-Direktion.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. **Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.**

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 26 St. Petersburg, den 28. Juni (16. Juli). 1908.

Ueber Prostataanomalien.

Von

Dr. Hermann Mau,

Spezialarzt für Urologie und Dermatologie.

Vortrag, gehalten am 6. Dezember 1907 in der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Libau.

M. H. Der Fall, den ich in der Oktobersitzung vorgestellt, veranlasste mich einiges über die bisher in der Literatur zerstreut gefundenen Aufzeichnungen zusammenzustellen und den Herren Kollegen heute vorzutragen.

Die Entwicklung, den Bau, die Form und die physiologische Bedeutung der Prostata will ich, als mehr oder weniger bekannt voraussetzend, nicht in das Bereich meiner Ausführungen ziehen und über Missbildungen, die bisher bekannt geworden und beschrieben sind, berichten und die Herren mit zwei Fällen aus meiner Praxis bekannt machen.

Ueber die Missbildungen der Prostata finden sich kleinere resp. grössere Ausführungen in dem Lehrbuche der Urologie von Casper, in den jüngst erschienenen, gemeinschaftlich von Burkhardt und Polano herausgegebenen Vorlesungen und in grösserer Zusammenstellung im Handbuch der Urologie von v. Frisch und Zuckerkandl.

Missbildungen der Vorsteherdrüse können ganz verschiedener Art sein. So erwähnt Zuckerkandl in der anatomischen Einleitung seines Handbuches kongenitalen Nierenmangel in Gemeinschaft mit Defekten der Genitalorgane der entsprechenden Seite dieses Defektes, wie: „Uterus unicornis, Uterus bicornis, Defekt der Tube, Fehlen oder unvollständige Ausbildung der äusseren Genitalien, des Eierstockes, des Ductus deferens, der Vesicula seminalis, des Hodens, der Prostata etc." Rokitansky und Förster fanden vollständiges Fehlen der Prostata „bei hochgradigen Spaltbildungen der vorderen Bauchwand mit Ektopie der Blase und mangelhafter Entwicklung des äusseren Geschlechtsapparates". Bei Hypospadie, Kleinheit der äusseren Genitalien, doppelseitigem Kryptorchismus sowie auch bei Mangel jeden Defektes an den äusseren Genitalien liegen Angaben über Fehlen der Prostata von White, Englisch, Dehm, Barth, Godard und anderen vor. Gewisse Zwitterbildungen und Doppelbildung von Penis, Urethra und Skrotum fanden mit Prostatamangel kombiniert Arnold, Schneider-Sömmering, Nuhn und Jenisch.

Vor Jahresfrist wandte sich ein junger Mann von 18 Jahren an mich mit der Klage, dass er beim Coitus, wobei Erektion normaliter stattfindet, weder Samenerguss gefühlt, noch je Pollutionen gehabt hat. Patient war kräftig gebaut, die äusseren Genitalien wiesen keine Abweichung vom Normalem auf. Bei der Rektalpalpation konstatierte ich jedoch ein vollständiges Fehlen der Prostata und der Vesiculae seminales. Durch diesen Befund war es mir möglich, den Aspermatismus, d. h. den Zustand, wo sub coitu kein Sperma nach aussen befördert wird, zu erklären.

Partiellen Defekt der Vorsteherdrüse, eine ganz besondere Seltenheit, hat Bérand beschrieben, wo bei einem sonst normalen Neugeborenen „die rechte Hälfte der Prostata und des Colliculus seminalis fehlte; die

beiden Vasa deferentia vereinigten sich einige Millimeter über der Prostata zu einem einfachen, in die linke Hälfte des Samenhügels mündenden Kanal, die Samenblasen fehlten beiderseits, Hoden, Urethra, Harnblase, Ureteren und Nieren verhielten sich normal.

Dass die einzelnen Teile der Prostata ungleichmässig ausgebildet gefunden werden, ist eine häufigere Erscheinung und wurde bei einseitigem Kryptorchismus, Kleinheit oder vollständigem Fehlen eines Hodens beobachtet, wobei jedoch nicht immer der kleinere Hoden und die fehlende Prostatahälfte auf der gleichen Seite zu sein brauchen. Aber dass auch einzelne Teile dieser Drüse getrennt von dieser an anderer Stelle gefunden worden sind, beweisen genau untersuchte und beschriebene Fälle. Rokitansky fand aberrierte Prostatamassen am Blasengrunde in der Umgebung des Trigonum unter der Schleimhaut, wo sie dem blossen Auge als prominierende Knötchen von gelblicher, bräunlicher oder schwarzer Farbe sichtbar werden, wobei andererseits Thorel diese Gebilde als charakteristisch genau in die Mitte zwischen die Einmündungsstellen der Ureteren setzt, Küster jedoch sie an der oberen hinteren Blasenwand vorgefunden hat. Interessant ist, dass manche Autoren die Entstehung mancher Prostatamittellappen und die Bildung von Adenomen, Fibroadenomen und Adenokarzinomen der Blase auf solche versprengte Drüsengruppen zurückführen.

Aber nicht nur kleinere Teile, sondern auch grössere Komplexe solcher Drüsen können nach den Angaben von Jores verlagert sein, und ich möchte eines vielfach zitierten und höchst interessanten Befundes von Luschka hier Erwähnung tun, wo er bei einem Fall von angeborener Penisfistel (Urethra duplex) am oberen Ende des auf dem Rücken des Penis verlaufenden Kanals einen drüsigen Körper von 1 cm. Länge und 6 mm. Breite fand, der durch seinen mikroskopischen Bau und die Anwesenheit zahlreicher geschichteter Körperchen vollständig mit dem Bau der Prostata übereinstimmte. Luschka hält diesen Körper für das dislozierte vordere Mittelstück der Prostata.

Als von allgemeiner praktischen Bedeutung und durch ihr häufiges, leider oft verkanntes Auftreten für alle Kollegen der Erwähnung wert, möchte ich die Klappen- und Faltenbildungen besonders erwähnen, die zwar auch im ganzen Bereiche der Urethra vorkommen können, aber hauptsächlich in der Gegend des Colliculus seminalis als angeborene Anomalien vorkommen. Es finden sich nach Burckhardt in der Pars prostatica, membranacea oder zentralwärts vom Colliculus feine Fältchen, die sich abnorm entwickeln, so dass sich ventilartige Vorrichtungen bilden. Da deren Konkavität sich stets gegen die Blase richtet, ist es leicht begreiflich, dass der Harnstrom die Falten resp. Klappen vorwölbt, und je nachdem die Ränder dieser Falten einen kleinen Raum frei lassen oder sich berühren, dürfte die Entleerung des Urins behindert respektive unmöglich werden. „Wenn, wie dies am vorderen Ende der Raphe des Colliculus zuweilen der Fall ist, zwei solcher Klappen neben einander liegen, so werden sie sich in geblähtem Zustande aneinander legen und den Verschluss um so fester bewerkstelligen. Tolmatschew vergleicht solche Klappen mit denen der Venen und nennt sie „Semilunarklappen der Pars prostatica“. Unausbleiblich muss bei solchen Fällen, wie auch bei den unten zu erwähnenden Cysten der Pars prostatica eine Harnstauung der zentralwärts gelegenen Partie des Harntraktes eintreten.

Cysten des prostatischen Anteiles der Urethra sind von Englisch, Smith und Springer beschrieben; sie bestehen darin, dass die Wände des Sinus pocularis verkleben und erst durch stärkeren Druck zum Platzen gebracht werden. Kinderärzte und Geburtshelfer dürften recht häufig die Beobachtung gemacht haben, dass Neugeborene erst nach dem Bersten einer solchen Cyste am zweiten oder dritten Tage ihren Urin entleeren, für welchen Vorgang auch der Umstand spricht, dass die ersten entleerten Urintropfen von trüber gelblicher Farbe sind. Natürlich handelt es sich nicht immer nur um eine epitheliale Verklebung, sondern es kommt auch vor, dass sich eine derbe Membran ausbildet, die Prostatacyste persistiert und an Volumen ganz bedeutend zunimmt, wobei sie sich entweder nach der Urethra zu oder nach hinten zwischen Harnblase und oberen Rand der Vorsteherdrüse ausbreitet, wobei sie die Grundlage der sogenannten „Cysten an der hinteren Blasenwand nach Englisch bilden“.

Abgesehen von den Retentionscysten in der Prostata selbst, beobachteten Englisch und Socin Cysten, die in aberrierten Prostatakeimen am hinteren Umfang des Orificium internum die Schleimhaut vorwölben und, Burckhardt diagnostizierte eine derartige Cyste, die er später operativ entfernte, mit dem Cystokop. Andererseits finden sich auch noch Retentionscysten in dem Bindegewebe zwischen Prostata oder Blase und Mastdarm, durch Erweiterung von Ueberresten embryonaler Gebilde entstanden. v. Frisch sagt: „Liegen dieselben in der Medianebene, so entsprechen sie den stellenweise nicht obliterierten Müller'schen Gängen, während bei seitlicher Lagerung ihre Abkunft entweder aus Ueberresten des Wolff'schen Körpers oder aus Ausbuchtungen des Vas deferens hergeleitet wird. In einem von Arnold sehr genau untersuchten und beschriebenen Fall von Uterus masculinus kommt dieser (wie schon vor ihm Steglehner, H. Meckel, Thiersch und Leuckart) zu dem Schlusse, dass die aus einer abnormen Entwicklung des unteren Abschnittes des Müller'schen Apparates entstehenden sackartigen Gebilde der Vagina und nicht dem Uterus entsprechen“.

Zu den Retentionscysten obiger Entstehung gemäss will ich nun den Fall, den die Herren zu untersuchen die Möglichkeit hatten, zählen, wo es sich auch meiner Meinung nach um einen cystischen Tumor im Bindegewebe zwischen Blase und Mastdarm handelt, hervorgegangen aus den Ueberresten des Wolff'schen Körpers.

Patient, ca. 25 Jahre alt, konsultierte mich am 28. September 1907 einer chronischen Gonorrhoe wegen, die schon seit einem Jahre bestehen soll. Bei der behufs Prostatauntersuchung vorgenommenen Rektalpalpation konstatierte ich links von der normal beschaffenen Prostata in Fingerbreite Abstand einen weich-elastischen Tumor, der ca. 6—7 cm. lang und 3 cm. breit, etwas beweglich, druckempfindlich und nicht wegdrückbar ist. Beschwerden hat Patient von Seiten dieser Geschwulst nicht empfunden, sogar von seiner Anwesenheit keine Ahnung gehabt. Bei der wenige Tage später in Gemeinschaft mit Herrn Kollegen Brehm in der Privat-Klinik vorgenommenen Cystoskopie fand sich die Blasenschleimhaut blass, der Blasengrund leicht injiziert, die Ureterenlippen normal, korrespondierend dem vermeintlichen Tumor, sowie überhaupt in der Blase liess sich nichts abnormes feststellen. Die mit einem gewöhnlichen Vaginalspekulum ausgeführte Untersuchung des Rektum liess infolge reichlicher Faltenbildung derselben den Tumor nicht zu Gesichte kommen, jedoch brachte eine mit Herrn Kollegen Rappeport zwei Wochen später ausgeführte Untersuchung mit dem Rektoskop den Tumor leicht deutlich zur Beobachtung. Auf der Schleimhaut des dem Tumor entsprechenden Abschnittes des Rektum war eine reichliche Schlängelung der Gefässe sichtbar, und der Tumor hob sich deutlich von der Umgebung ab. Weder beim Entleeren noch Füllen der Blase mittels Katheters konnte ich bei gleich-



zeitiger Rektalpalpation eine Veränderung des Tumors wahrnehmen, wohl aber rückte der Tumor, der bei schwach gefüllter Blase mehr seitwärts sich anfühlte, während des Füllens der Blase höher hinauf, also näher zur Prostata, womit bewiesen war, dass der Tumor mit der Blase in Zusammenhang steht. Während der Behandlung, die ich gegen die Gonorrhoe vornahm, machte ich auch kräftig streichende Bewegungen über den Tumor, der sich schliesslich im Laufe eines Monats, wo Patient Libau verliess, auf den vierten Teil seines ursprünglichen Umfanges reduzierte und allmählich eine festere Konsistenz annahm.

Differentialdiagnostisch kommen Blasendivertikel, Fibrome, Echinokokken und aberrierte Prostatacysten in Betracht. Ein Blasendivertikel ist aus dem eben erwähnten Befunde auszuschliessen, dass weder beim Füllen noch Entleeren der Blase vermittelst Katheterisation der fühlende Finger eine Volumsveränderung des Tumors feststellte, während gegen ein Fibrom, von dem das Rektum umgebenden Gewebe ausgehend, die während der Massage eingetretene Verkleinerung spricht. Was nun die Echinokokken, die in dem Raume zwischen Blase und Mastdarm zur Entwicklung kommen, betrifft, so haben Nicaise, Thompson, Locodell, Burckhardt, Winterberg, Englisch und andere Echinokokkengeschwülste, die sowohl in der Prostata als auch im Raume zwischen Blase und Mastdarm sich finden, beschrieben, aber gegenseitig ihre Ansichten bezweifelt. Die Echinokokkentumoren, die gewöhnlich einen recht nennenswerten Umfang erreichen sollen, können sogar auch symptomlos, wie bei meinem Fall verlaufen, dürften sich jedoch niemals durch einen Druck, wie ich ihn unbeabsichtigt bei der Prostatamassage ausgeführt habe, bis auf den vierten Teil ihres ursprünglichen Umfanges verkleinern und eine festere Konsistenz annehmen; ich muss jedoch wohl betonen, dass nur eine Probepunktion, der ich den Patienten aussetzen zu können, mich nicht für berechtigt hielt, ein einwandfreies Resultat ergeben hätte.

Nach Analogie des Dargelegten dürfte es wohl deshalb keinem Zweifel unterliegen, dass es sich hier um eine versprengte Prostatacyste handelt, und ein Kollege, der den Patienten in den Ostseeprovinzen zur Beobachtung bekommen sollte, dürfte über den weiteren Verlauf dieses Gebildes berichten können.

Referate.

Stabsarzt Dr. Heinrich, Alt Damm. Ueber Lues hereditaria tarda. Mit Zugrundelegung eines Falles. Aprilheft des „Archiv für Dermatologie und Syphilis".

In der Einleitung bringt Verfasser einen Literaturauszug, der die grosse Meinungsverschiedenheit erkennen lässt, die unter den Syphilidologen über die Berechtigung des Ausdruckes Lues hereditaria tarda und über die Zeit bezw. den Grenztermin des erstmaligen manifesten Auftretens der hered. Spätlues herrscht. Verf. ist der Ansicht, dass selbst die verallgemeinerte Definition Fourniers, wonach unter Lues hered. tarda solche Fälle zu verstehen seien, die in der ersten Kindheit kein «symptôme susceptible d'éveiller la sollicitude d'une famille ou le soupçon d'un médecin» gemacht hatten, noch zu eng gefasst sei und dass in jedem Falle von tardiver Erblues dem späteren Ausbruch Vorläufer während der intra- und in der allerersten Zeit des extrauterinen Lebens vorangegangen sind, dass also der spätere, scheinbar erste manifeste Ausbruch nur das durch irgend einen äusseren Zufall verursachte Wiederaufflackern der Tätigkeit der an irgend einer Stelle des Körpers schlummernden Spirochäten bedeutet. Der vom Verfasser beobachtete Fall ist ein sehr komplizierter und bietet bezgl. seiner Entstehung, seiner sehr späten Manifestierung und seines Verlaufes viel Interessantes. Der Vater ist nie geschlechtskrank gewesen, die Mutter acquirierte von ihrer Amme, die an für Skrophulose gehaltenen Geschwüren litt, Lues, zeigte aber ausser Zurückbleiben in der Entwickelung und schwachen Augen keinerlei Krankheitserscheinungen, gebar mit 23 Jahren als erstes, anscheinend ganz gesundes Kind die in Rede stehende Patientin und nachher noch 3 ebenfalls gesunde Kinder. Bis Mitte des 3. Dezenniums ihres Lebens blieb die Mutter gesund, dann verschlimmerte sich das Augenleiden, führte als «grauer Star» zur Erblindung, und nach langjährigem schweren, als chron. Rheumatismus und Ischias behandelten Leiden, dass sie zuletzt völlig lähmte, starb sie im 47. Jahre. Die Patientin selbst wurde im 8. Schwangerschaftsmonat mit nur 4³/₄ Pfund Gewicht geboren, hatte im Alter von 6 Wochen einen roten Ausschlag auf dem Rücken, der erst nach 3 Monaten ohne spezifische Behandlung heilte.

Bis zum 23. Jahre blieb sie völlig gesund. Dann stellten sich Schmerzen in Finger-, Hand- und Fussgelenken ein, die Zähne begannen in auffallender Weise schlecht und brüchig zu werden, die Haare fielen massenhaft aus, die Nägel spalteten sich und splitterten ab, hierauf folgten Knochenauftreibungen an Unterarm, Metacarpalknochen, Phalangen, Rippen und Clavicula, ferner teils umschriebene, teils diffuse, sehr schmerzhafte entzündliche Anschwellungen der Arm- und Bauchmuskulatur und endlich auf der Beugeseite der Arme und der Innenseite der Beine ein kreisrunder grossfleckiger braunroter Ausschlag. Das Gewicht war von 120 auf unter 80 Pfund gesunken, die Temperatur hielt sich dauernd zwischen 38° und 39°. Die Lungen zeigten ausser trocknen Rasselgeräuschen und verschärftem Atmen über der linken Spitze nichts Pathologisches. Husten und Auswurf bestand nicht Die Herzaktion war abnorm deutlich auf der linken Rückenseite zu hören. An den virginalen Genitalien und Anus, sowie an Mund und Rachen keine Veränderungen, ebensowenig geschwollene Drüsen. Die Krankheit war bisher von anderer Seite für chron. Rheumatismus gehalten und mit elektrischen Bädern, Massage und Salicylpräparaten ohne jeden Erfolg behandelt worden. Verfasser verordnete trotz des äusserst herabgekommenen und desolaten Zustandes der Kranken sofort eine energische Hgkur in Nenndorf mit gleichzeitigem Jodipingebrauch. In den ersten 3 Wochen verschlimmerte sich der Zustand von Tag zu Tag, das Fieber stieg auf 39.9°, Infiltrate und Knochenauftreibungen wurden schmerzhafter und röter, der Ausschlag wurde intensiver, heftige Kopfschmerzen traten auf, das Allgemeinbefinden verschlechterte sich, der Appetit nahm mehr und mehr ab, so dass, weil besonders der hektische Charakter des Fiebers und die Verdichtungen auf der Lunge für eine tuberkulöse Grundlage des ganzen Leidens zu sprechen schien, die Hgkur durch eine antituberkulöse ersetzt werden sollte, als plötzlich in der 4. Behandlungswoche das Fieber völlig aufhörte, die Infiltrate und Knochenauftreibungen diffuser wurden und verschwanden; die Gelenke zeigten erhebliche Besserung und freiere, schmerzlosere Beweglichkeit, der ringförmige Ausschlag und die Nagelerkrankung verschwand, der Haarschwund hörte auf, und das Allgemeinbefinden und der ganze Zustand besserte sich derart, dass die Kranke bei ihrem 2. Kuraufenthalt in Nenndorf an Tanzgesellschaften teilnehmen konnte, während sie im Vorjahre nur im Fahrstuhl hatte fortbewegt werden können. Nach der 4. Inunktionskur (Juni 1907) trat wieder eine plötzliche Verschlimmerung ein mit Erscheinungen, die an eine floride Phthise denken liessen. (Durchfall, Nachtschweisse, Pulsbeschleunigung bis 134, Fieber bis 38,4° und Sinken des Gewichts um 20 Pfund). Da aber Husten und Auswurf nicht bestand, konnte der Tuberkuloseverdacht nicht bestätigt werden. Durch Liege-, Mast- und Levicokur wurden aber in 11 Wochen eine Gewichtszunahme von 16 Pfund und Nachlassen der bedrohlichen Erscheinungen erreicht. Zur Zeit sind es vor allem die Gelenkaffektionen, die der Kranken noch die Bewegung erschweren, auch besteht noch eine geringe Temperatursteigerung. Es schien zweifelhaft, ob der Fall als eine Kombination von Lues hered. mit atypischer Gicht und Lungentuberkulose aufzufassen war, oder ob alle Erscheinungen auf Rechnung der Lues zu setzen seien. Wenn auch die beigegebenen Röntgenbilder aufs deutlichste die Luesdiagnose erhärten, wie aus den differentialdiagnostischen Bemerkungen erhellt, wäre ja trotzdem eine Kombination der Lues mit Gicht und Tub. nicht von der Hand zu weisen, jedoch steht der Verf. auf dem Standpunkt, dass sämtliche Krankheitserscheinungen durch die Lues hervorgerufen sind; er meint, es hätte sich in den 5 Jahren der Krankheit sicher schon der Nachweis der Tuberkelbazillen ermöglichen lassen, und die Tuberkulose hätte die durch die Lues widerstandsunfähig gemachte Kranke schon längst zugrunde gerichtet. Auch die Gelenkaffektion hält Verfasser für luetisch und schliesst sich von Hippels Ansicht an, wonach die hered. luet. Gelenkerkrankung sich manchmal nur durch Gelenkhydrops zu erkennen gibt. Nachdem Verfasser

noch den Fall im Lichte der Spirochätenlehre betrachtet hat, wobei er dem Thalmann'schen Werkchen; «Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschungen, Dresden 1906» folgt, kommt er bei der Besprechung der Behandlung zu dem Schluss, dass auch für die Lues hered. tarda, selbst bei so spätem Ausbruch das Hg. das Heilmittel κατ' ἐξοχήν sei, dass es aber jedenfalls in Verbindung mit Jodpräparaten, vor allen Dingen mit Jodkali angewendet werden müsste, (nicht wie es öfter zu geschehen pflegt, dass Jodkali nach der Quecksilberkur gegeben wird) weil es die durch das Hg. frei gewordenen syphilitischen Endotoxine durch seine ausscheidende und resorbierende Wirkung möglichst schnell eliminieren soll. Denselben Zweck soll auch die Schwefelanwendung (besonders in Form von Inhalations- und Trinkkur) erfüllen, deshalb schlägt Verf. vor, die Inunktions- und Jodkur in einem Schwefelbade vorzunehmen. Zuletzt erinnert er noch an die Worte Lessers, dass daneben bei heriditärer Lues ein Hauptgewicht auf die Kräftigung des Körpers im Allgemeinen durch Landaufenthalt, Milchkuren, roborierende Diät und Medikamente wie Eisen und besonders Arsen (vielleicht wird auch bei der hered. Spätlues das Atoxyl günstige Erfolge haben) zu legen sei.

Autoreferat.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München. Im Verein mit den Aerzten dieser Anstalten herausgegeben von Prof. Dr. J. v. Bauer. Bd. XII. Mit 4 Plänen, 17 Lichtdrucktafeln und 11 Abbildungen. München. Lehmanns Verlag. 1907. 696 + IV S.

Der vorliegende Band der bekannten Annalen ist der erste, der nicht unter der Redaktion ihres Begründers H. v. Ziemssens erscheint. Er wird von einem warmen, dem Altmeister gewidmeten Nachruf, der von G. Sittmann verfasst ist, eingeleitet. Einen grossen Teil des Buches bilden die allgemeinen Berichte über die städtischen Krankenhäuser rechts und links der Isar, das Krankenhaus Schwabing und das Sanatorium Harlaching, in denen die Gründung und baugeschichtliche Entwickelung dieser Anstalten behandelt wird. Diese Kapitel sowie das von Prof. H. Rieder bearbeitete «die physikalisch-therapeutische Anstalt im Krankenhause München l. d. J.» enthalten viel des Interessanten für Hospitalärzte und namentlich für ärztliche Leiter von Hospitälern, sie eignen sich aber nicht für eine kurze Wiedergabe. Bei dem Um- und Neubau wurden die Ergebnisse der Untersuchungen Pettenkofers auf dem Gebiete der Hygiene eingehend berücksichtigt, und dank der Opferfreudigkeit der Bürgerschaft, der kundigen Leitung v. Ziemssens und der Mitwirkung tüchtiger Techniker gelang es, Hospitäler zu schaffen, die in bezug auf bauliche Anlage und Zweckmässigkeit der sanitären Einrichtungen allen Anforderungen der Neuzeit entsprechen.

Aus dem ärztlichen Bericht wären, abgesehen von dem reichen statistischen Material, das sich zum Referat nicht eignet, folgende Abhandlungen hervorzuheben:

Ueber unstillbares Erbrechen von Dr. H. Kerschensteiner.

Eine anämische Patientin, der früher wegen einer Genitalerkrankung eine Exstirpation des Uterus und der Adnexe gemacht worden war, und die angeblich seitdem an verschiedenen Verdauungsstörungen und Schmerzen im Abdomen litt, trat ins Hospital mit der Angabe ein, schon seit 3 Wochen an unstillbarem Erbrechen zu leiden. Die klinische Untersuchung und 2-monatliche Beobachtung ergab gar keine objektiven Anhaltspunkte für die Aetiologie des Erbrechens, das schliesslich durch Inanition zum Tode führte. Ausser mässiger Anaemie (Hämoglobingehalt = 70%, rote Blutkörperchen = 3900000) war bei Lebzeiten nichts nachzuweisen, und auch der Sektionsbefund war ein negativer. Für die Annahme von Hysterie als Ursache des unstillbaren Erbrechens mit tötlichem Ausgang — wie es Binswanger und Gujot beschreiben — lag kein Grund vor; somit blieb die Entstehung der Krankheit ganz unerklärlich.

Primäre Gallengangcarcinome mit einem casuistischen Beitrag von Dr. M. Löschke.

Für die Entstehung der Gallengang- und Gallenblasecarcinome werden die Gallensteine verantwortlich gemacht. Am seltensten nehmen Carcinome ihren Ausgangspunkt vom d. cysticus, häufiger vom d. hepaticus, am häufigsten vom d. choledochus. Meist handelt es sich um Adenokarcinome. Von den klinischen Syptomen, die durch Verschluss der Gallenausführungsgänge bedingt werden, ist das beständigste der Ikterus, ferner Vergrösserung der Leber, weniger konstant ist Milzvergrösserung. Weiterhin kommen Kachexie, cerebrale Störungen und hämorrhagische Diathese zur Beobachtung. Die subjektiven Beschwerden sind inkonstant und verhältnismässig gering. Die mittlere Krankheitsdauer beträgt 4—5 Monate. Die Diagnose «primäres Karzinom der Gallenausführungsgänge» ist immer nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose.

Das Erysipelas auf der I. medicinischen Abteilung in den Jahren 1896—1905 von Dr. H. Grunwald.

Während dieses Zeitraums wurden 157 Erysipelkranke behandelt (69 Männer und 88 Frauen), von denen 11 starben (Mortalität = 7%). Ueber die Dauer der Incubation liess sich nichts Genaues feststellen. Am häufigsten war Erysipel des Gesichts — 75,16%, — und zwar bei 67,52% von der Nase oder deren Umgebung ausgehend, wobei fast alle diese Kranken an Nasenkatarrh litten. Bei dem Erysipel an anderen Körperstellen war die Eintrittspforte in mehr als der Hälfte der Fälle nicht nachzuweisen. Gelegentlich trat Erysipel im Anschluss an ulcus cruris, herpes zoster, Impfungen, Kratzwunden u. s. w. auf. $19^1/_2$% der Fälle hatten schon früher an Erysipel gelitten, davon 12,74% 2 und mehr Mal, ein Kranker sogar 15 Mal.

Ueber Polyserositis fibrosa, von Dr. F. Gofferjé.

Verf. hatte Gelegenheit, 5 Fälle dieser zuerst von Siegert 1898 beschriebenen Krankheit zu beobachten. Bisher sind 40 Fälle veröffentlicht, darunter die Erkrankung Niels Finsens, der an dieser Krankheit starb. Die Krankheit besteht in einer chronischen Entzündung der serösen Häute des Rumpfes (Peritonitis, Pleuritis, Perikarditis), wobei mächtige fibröse Schwarten, bis zu 6—7 cm. Dicke um Herz und Leber sich bilden. Dabei besteht hochgradiger Ascites ohne besondere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens; seltener ist Erguss im Herzbeutel, häufiger in den Pleurahöhlen beobachtet worden. Die Oberfläche der mit Schwarten bedeckten Organe sieht wie von einem Zuckerguss bedeckt aus, daher die Bezeichnung «Zuckergussleber» (Siegert). Das durch massenhafte Verwachsungen und Verdickungen in seinen Bewegungen gehemmte Zwerchfell hypertrophiert infolge der gesteigerten Ansprüche an seine Arbeitsleistung.

Neben der durch die blutstauenden Momente bedingten erhöhten Transsudation in die serösen Höhlen findet sich auch entzündliches Exsudat. Meist sind die Ergüsse «Gemische von Trans- und Exsudat, oder sie zeigen Uebergänge von dem einen zum andern», mit einem spezifischen Gewicht von 1007—1022. Der Verlauf der Krankheit ist ein sehr chronischer mit Perioden, wo die Patienten vollkommen arbeitsfähig sind. Der Beginn des Leidens ist unmerklich. In 10—17 Fällen bildete eine Perikarditis den Ausgangspunkt, in 8—13 Fällen war der Anfang intraabdominal. In den übrigen lässt sich die Verlaufsrichtung schwer angeben, doch ist es möglich, dass in einigen Fällen der Prozess diffus begann. Bestimmte Eingangspforten lassen sich nicht nachweisen. Häufig findet sich die Angabe, dass die Patienten vorher eine akute Infektionskrankheit durchgemacht hatten. Auch Syphilis und Tuberkulose sind für die Entstehung der Krankheit verantwortlich gemacht worden, doch ohne hinreichenden Grund. Bei der Differenzialdiagnose kommen in Betracht: Lebercirrhose, Pfortaderthrombose, Lebersyphilis und Echinokokkus der Leber. Besteht Perikarditis, so muss festgestellt werden, ob der Ascites sich nicht durch einfache Stauung des Pfortaderkreislaufs erklären lässt. Wenn ein polyserositischer Prozess festgestellt ist, so ist weiter die Frage zu entscheiden, ob er tuberkulös ist oder nicht. Von der Therapie ist nicht viel zu erwarten. Durch Darreichung von Purinkörpern ist die Diurese anzuregen. Ferner kommt Beschränkung der Zufuhr von Flüssigkeiten und von NaCl in Betracht. Die Punktion muss frühzeitig und häufig vorgenommen werden, weil dadurch die Bildung von Verwachsungen begünstigt und hiermit die Grösse der freiliegenden sezernierenden Oberflächen vermindert wird. Es sind Fälle beschrieben, wo ein Kranker 139, ja 307 Mal punktiert worden war. Wegen der Prädisposition zu Peritonitis ist strengste Asepsis erforderlich. Bei stark ausgesprochener Synkretio cordis kommt die Vornahme der Brauerschen Kardiolysis in Erwägung.

Beiträge zur Pathologie der Niereninsufficienz von Dr. J. Ingelfinger.

Durch die Analyse des Harns allein lässt sich Niereninsufficienz nicht mit Sicherheit feststellen. Wenn die Grösse der Nahrungsaufnahme und die 24-stündige Harnmenge nicht bekannt sind, so giebt die Bestimmung der Gefrierpunktsdepression des Harns auch noch keinen Anhaltspunkt für die

Beurteilung der Nierenfunktion. Zwischen Oedemen und NaCl-retention scheint ein inniger Zusammenhang zu bestehen. Zunahme der Oedeme geht mit proportionaler Retention von NaCl einher, Abnahme der Oedeme — mit proportionaler überschüssiger Ausscheidung von NaCl. Bei manchen Formen von Nierenerkrankung bestehen Schwierigkeiten für NaCl- und N-ausscheidung, die bei fortgesetzter üblicher Ernährungsweise für den Patienten die Gefahr der Oedembildung und Uraemie involvieren. Nur längere Zeit hindurch fortgesetzte Stoffwechseluntersuchungen können uns richtigen Aufschluss über Nierenfunktion resp. -insufficienz geben. Bei Nierenerkrankung findet Retention von festen Bestandteilen in den Gewebssäften ausserhalb des Blutes und besonders in den pathologischen Ergüssen statt. In den vom Verf. beobachteten Fällen von Nierenerkrankung, die zur Sektion kamen, liess sich eine deutliche Retention von NaCl in den Organen nachweisen. In sämmtlichen Fällen war eine Verzögerung der Jodausscheidung bei Eingabe von IK zu konstatieren. Zwischen gestörter Nierenfunktion und pathologisch-morphologischer Veränderung der Nieren besteht durchaus keine Uebereinstimmung.

Prof. Jesionek: Ueber Behandlung von Lupus vulgaris und anderen Dermatosen mittels der statischen Elektrizität.

Durch statische Elektrizität werden bei Lupus vulgaris, L. erythematodes, Hautcancroiden und verschiedenen Dermatosen sehr günstige Heilerfolge erzielt, «welche sich den schönsten Erfolgen der Finsenmethode und ihrer Modifikationen zum mindesten ebenbürtig an die Seite stellen» können.

Dr. Ebermayer: Zur Behandlung der Gelenktuberkulose nebst einer Statistik über 104 Arthrektomien.

Von 104 Fällen von Gelenktuberkulose (63 M. und 41 W.) entstanden 42 im Anschluss an einen Unfall. (unter Männern 54 pCt., unter Weibern 22,5 pCt.). 50,9 pCt. der Patienten hatten das 20. Lebensjahr noch nicht erreicht. Die operierten Fälle waren relativ schwerer Art. Nur 9,6 pCt. befanden sich im akuten Stadium; meist handelte es sich um vorgeschrittene Gelenktuberkulose; in 71 Fällen wird das Vorkommen von käsig-tuberkulösem Eiter verzeichnet. Am häufigsten war das Kniegelenk befallen: 44,6 pCt. Dann folgen: Fussgelenk 19,5 pCt., Ellbogen 15,5 pCt., Hüftgelenk 9,7 pCt., Handgelenk 6,8 pCt., Schulter 3,9 pCt. Die Operation wurde unternommen, wenn stärkere fungöse Gelenkerkrankung mit Eiter, ev. Fistelbildung bestand. Es wurde entweder nur eine Synovectomie vorgenommen, oder, wenn der Knochen ergriffen war, Ausschabung mit dem scharfen Löffel resp. Abtragung der kranken Teile. Ausreibung des Gelenks mit Jodoformglyzerin, Silberdrahtknochennaht, Tamponade der Wundwinkel, möglichste Verkleinerung der Wunde durch Nähte, aseptischer Deckverband mit entsprechender Schiene, event. Extension. In 42,3 pCt. der operierten Fälle erfolgte rascher Wundverschluss ohne Eiterung, «nahezu per primam»; in 34,6 pCt. dauerte die Eiterung längere Zeit an. Geheilt wurden 56 pCt., gebessert 18,3 pCt. In 19,2 pCt. musste wegen andauernder Eiterung oder schlechten Allgemeinbefindens die sekundäre Amputation vorgenommen werden. Einige Pat. gingen an Lungentuberkulose ein. In 19,3 pCt. bestanden schon bei der Aufnahme schwere Lungenerscheinungen. Aber auch von den als geheilt oder gebessert entlassenen starben 16,3 pCt. an Lungentuberkulose und 3 an Miliartuberkulose. Rezidive wurden nur in 7 Fällen beobachtet. Davon wurden 3 durch eine zweite Arthrectomie dauernd geheilt, in 2 Fällen musste sekundäre Amputation vorgenommen werden und 2 blieben ungeheilt. Dauerheilung ohne Rezidiv wurde überhaupt erreicht in 30,35 pCt. bei Patienten, die älter als 20 J. und in 48 pCt. bei Patienten, die jünger als 20 Jahre waren. Das Resultat der Operation quoad functionem war recht gut. Wenn auch Verf. zugiebt, dass die Arthrektomie ihre frühere dominierende Stellung zu gunsten konservativer Behandlungsmethoden hat aufgeben müssen, da ihr Erfolg, namentlich bei Erwachsenen, nicht sehr ermutigend ist, so hält er ihre Anwendung in Fällen, wo die konservativen Methoden erfolglos geblieben, für empfehlenswert, zumal bei jugendlichen Individuen.

Zur Klinik und Therapie der ektopischen Schwangerschaft von Dr. A. Hörrmann.

Im Laufe von 4 Jahren kamen auf 3958 gynäkologische Erkrankungen 79 Fälle von ektopischer Schwangerschaft, von denen 55 operiert wurden. Hierzu werden noch 46 Fälle aus der Privatpraxis von Prof. Amann gezählt, die alle operiert wurden. In 82 Fällen war spontane Eröffnung der Fruchtkapsel eingetreten (Tubenruptur, resp. Ausstossung des Eies in die Bauchhöhle durch innere Kapselperforation); freie intraperitoneale Blutung in 35 Fällen, Haematocele (meist retrouterina) in 43 Fällen. Absterben des Eies bei intaktem Fruchtsack kam in 19 Fällen zur Beobachtung. Zwei Mal kamen ausgetragene oder der zweiten Hälfte der Schwangerschaft angehörende extrauterine Früchte zur Beobachtung. Wie in anderen Statistiken wurde in München ein Ueberwiegen der Mehrgebärenden über die Nulliparen konstatiert (4:1). Verf. fasst seine Beobachtungen und Erfahrungen in folgenden Schlusssätzen zusammen: 1) «Ektopische Ansiedelung des Eies wird in 2,5—3,0 pCt. aller behandelten gynäkologischen Fälle beobachtet».

2) «Zur Sicherstellung der Diagnose dient vor allen Dingen der palpatorische Befund und die Anamnese. Unter entsprechenden Kautelen ist die Probepunktion vorzunehmen. Der Befund von Hydrobilirubin im Urin und der Blutbefund besitzen nur bedingten Wert für die Diagnose. Probeausschabung und Sondierung des Uterus ist durchaus zu verwerfen».

3) «Die Behandlung ist im allgemeinen eine operative und zwar fast ausschliesslich per laparotomiam».

4) «Bei schwererer intraperitonealer Blutung muss die Operation ohne Verzug vorgenommen werden, ausser wenn schwerer Shock eine Kontraindikation bildet. Nur die leicht erreichbaren Blutmassen sind zu entfernen, alles Blut in jedem Falle zu entfernen ist nicht nötig und kann mitunter sogar gefährlich sein».

Beitrag zur Wertbestimmung chemischer Desinfektionsmittel von Oberapotheker Dr. Rapp.

Die übliche Prüfung der Desinfektionsmittel pflegt in zweifacher Weise vorgenommen zu werden: 1) Prüfung der bakteriziden Wirkung des Desinficiens, wobei man ein grösseres Quantum desselben auf eine grössere Menge von Keimen ohne Gegenwart von Nährstoffen einwirken lässt; 2) Prüfung der entwickelungshemmenden Wirkung eines kleinen Quantums des betr. Mittels auf eine kleine Aussaat auf Nährstoffen.

R. versuchte nun zu bestimmen, in welcher Weise kleine Gaben des Desinficiens vielen Keimen gegenüber bei Gegenwart von Nährmaterial wirken, wenn sie in kurzen Zwischenpausen wiederholt werden. Hierbei stellte es sich heraus, dass z. B. kleine Gaben von Sublimat (1:50000) anfangs in Staphylokokkenkulturen eine Verminderung der lebenden Keime bewirken; nach einer bestimmten Zeit (12—14 Stunden) tritt wieder eine Vermehrung der Keime ein, wird aber vordem wieder etwas Sublimat hinzugefügt, so erfolgt meist nach diesem zweiten, sicher aber nach dem dritten Zusatz nach je 12 Stunden eine vollständige Abtötung der Keime. Durch kleine wiederholte Gaben des Desinfektionsmittels zu einer Zeit, wo die höchste Grenze der Schwächung der Keime erreicht ist, wird ein stärkerer Desinfektionseffekt erzielt, als wenn eine grössere Dosis oder zu einer Zeit angewandt wird, wenn schon wieder Bakterienvermehrung eingetreten ist. Der Grad der Verdünnung und die Anzahl der Zusätze bis zur völligen Abtötung der Keime ergiebt den Unterschied zwischen dem Wert der verschiedenen Desinfektionsmittel. Während durch Sublimat (1:50000) bei einmaligem Zusatz zu einer 36-stündigen Staphylokokkenkultur bei 37° C. nach 12 Stunden vollständige Abtötung der Keime erreicht wurde, genügten hierzu von Asterol (1:25000) keine 10 Stunden; von Sublamin genügten 2 Stunden, Hydrargyrum oxycyanatum (1:25000) 1, Arg. nitr. (1:5000) 3, Protargol (1:1000) 3, Phenol (1:2500) 9, Lysol (1:2500) 8, Septoform (1:1600) 3, Formaldehyd (1:5000) 3, Lysoform (1:2500) 4, Diaphtherin (1:10000) 10, Chin. sulfur. (1:500) 5, Borsäure (1:1000) 8.

Ein Fall von höchstgradiger Pulmonalsklerose von Prof. E. Albrecht. — Kasuistischer pathologisch-anatomischer Beitrag.

Beiträge zur Kenntnis der primären malignen Tumoren der Leber und Leberpforte, speziell des Leberkarzinoms von Dr. F. Königer. Pathologisch-anatomische Beschreibung von 16 einschlägigen Fällen.

Stethographische Aufnahmen (Doppelkurven der Regio supraclavicularis bei Lungentuberkulose von Dr. M. Bunz. — Interessante umständliche Untersuchungen, im Referat nicht wiederzugeben.

Ueber einen Fall von dissezierendem Aneurysma der Aorta von Dr. G. Schreckenbach.

Beschreibung eines Aneurysmas im Bereiche der ganzen Länge der Aorta bis zur A. renalis. Bei der Sektion fand sich eine wurstförmige Auflagerung entlang der ganzen Aorta, vom arcus aortae beginnend und bis zur Nierenarterie reichend. Die Auflagerung erwies sich als ein der Aorta paralleler nach unten blinder Kanal, der ganz mit thrombotischen Massen gefüllt war und die Aorta erheblich komprimierte. An 2 Stellen stand der Kanal mit der Aorta in Verbindung und zwar unterhalb der Carotismündung und $5^1/_2$ cm. tiefer. Dieser längliche Sack war entstanden durch Zwischen-

treten von Blut zwischen die Schichten der Aorta, sodass die äusseren Schichten in ihrer ganzen Länge abgedrängt waren.

Die beigefügten Abbildungen sind vorzüglich, die ganze Ausstattung des Buches lässt nichts zu wünschen übrig.

Fr. Dörbeck.

Dr. E. Saalfeld: Kosmetik. Mit 14 in den Text gedruckten Figuren. Verlag von Julius Springer. Berlin. 1908. Pr. M. 3.60. 122 S.

Die Schlussworte des Buches: «Gegen kosmetische Leiden giebt es ärztliche Hilfe», sollte immer mehr und mehr in das Bewusstsein der Aerzte dringen. Bisher standen die meisten Aerzte der Kosmetik sehr skeptisch und gleichgültig gegenüber, überliessen sie den Kurpfuschern und Haarkünstlern unter dem Vorwande, es sei doch nichts zu machen. Dieser Standpunkt ist durchaus unberechtigt, und Saalfeld giebt jedem Praktiker mit seinem kleinen Buche die Möglichkeit, den kleinen kosmetischen, oft sehr schwer empfundenen, Leiden erfolgreich entgegenzutreten, es sei allen Aerzten bestens empfohlen.

W. Schiele.

Ernst Finger: Die Geschlechtskrankheiten. 6. wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. Verlag von Fr. Deutike in Wien und Leipzig. 1908. M. 10. Mit 8 lithographischen Tafeln. S. 382.

Das vorliegende Werk des bekannten Verfassers der «Blennorrhoe der Sexualorgane» stellt den 2. Band eines Lehrbuches der Haut- und Geschlechtskrankheiten dar. Der erste Band, die Hautkrankheiten, ist bereits vor einem Jahr erschienen, das Erscheinen des uns vorliegenden hat Finger hinausgeschoben, um die wichtigen neuen Entdeckungen auf dem Gebiete der Syphilis mit aufnehmen zu können. In der Tat ist so auch selbst das Allerneuste, die Wassermann'sche Komplementdiagnose der Lues in dem Lehrbuch erläutert. Das erste grosse Kapitel bildet die Syphilis, der zwei Drittelle des Buches gewidmet sind Im ersten Abschnitt, dem allgemeinen Teil, wird die Definition des Leidens, das Virus, Uebertragbarkeit und Immunität, Inkubation etc. abgehandelt, worauf ein ausführlicher spezieller Teil folgt, der wiederum in 2 Abteilungen, die acquirierte Lues und die hereditäre Syphilis zerfällt. Weitere Kapitel umfassen dann die venerisch-kontagiösen Helkosen, die Blenorrhoe beim Manne und Weibe nebst Komplikationen und schliesslich einige nicht venerische Krankheiten der Geschlechtsorgane, wie Balanitis Vulvitis, Phimose, Condylomata und andere. Präzise klare Darstellung zeichnen das Werk aus, vollste Beherrschung des Stoffes und reiche Erfahrungen machen für jeden Arzt die Anschauungen und Ratschläge eines Finger interessant und wertvoll. Eine Reihe ausgezeichneter lithographischer Tafeln ergänzen den Text in glücklichster Weise, unter ihnen z. B. auch eine Abbildung der Spirochaeta pallida in Dunkelfeldbeleuchtung.

W. Schiele.

The John Hopkins Hospital Reports. Volume XIII. Studies in Urological Surgery. Baltimore. The John Hopkins Press. 1906.

Der umfangreiche Band, 612 Seiten grossen Formates beschäftigt sich mit der chirurgischen Urologie, und ist von Mitarbeitern des berühmten John Hopkins Hospital dem Chef-Chirurgen S. Halsted gewidmet. Er enthält 21 Originalbeiträge verschiedener Autoren über die verschiedensten urologischen Themata. Es ist ein grosses Verdienst der Amerikaner, neben den neuen und neuesten Methoden auch die alten nicht zu vergessen, sondern im Gegenteil noch weiter auszubilden und zu vervollkommnen. So leitet H. H. Young das Werk ein mit einer Arbeit über die Sieben-Glas-Probe, einer Erweiterung der Thomson'schen 2 resp. 3 Glas-Probe. Die 7-Glas-Probe gestattet uns in vielen Fällen eine genaue Differentialdiagnose zwischen Urethritis ant. und post., Prostatitis, Cystitis und Entzündung der Vesiculae simnialeS. Es folgt eine Studie J. W. Churchman's über Smegmatitis und Urogenital-Tuberkulose. S. H. Watts beschreibt einen Fall von Urethral-Divertikel bei einem Manne, H. A. Fowler einen solchen von ungewöhnlicher Urethrorrhagie. J. W. Churchman beschäftig sich in einer weiteren Arbeit mit den paraurethralen Gängen, schildert eine posttraumatische Hodenatrophie. H. H. Young mit Mitarbeitern schildert seine Methoden der Salbenbehandlung der Urethritis, der Behandlung der permeablen und impermeablen Stricturen der Prostatitis, die Hülfe, die die Cystoskopie bei der Diagnose der Prostataleiden zu leisten vermag, die Perineal-Lithotomie, die operative Behandlung von 4 Fällen von Vesical-Divertikeln (semin.), eine falsche Diagnose in einem Falle von doppeltem Ureter und Nierenbecken, Pyonephrose, hervorgerufen durch den Typhusbazillus und schliesslich die Einrichtung der ambulatorischen Klinik für Urogenital-Leiden am J. Hopkins Hospital. Baetjer behandelt die Frage der X-Strahlen bei der Diagnose der Renal- und Urethral-Calculose, Fowler untersucht die mikroskopische Struktur der Steine, die Cystinurie und die Nephritis mit Haematurie in ihrem Gefolge. 170 Abbildungen vervollständige das Werk, das eine Fülle des Interessanten und Anregenden bietet. Die Ausstattung, Abbildungen, Druck sind vorzüglich und machen der J. Hopkins Druckerei alle Ehre.

W. Schiele.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 5./18. Dezember 1907.

Anwesend 45 Mitglieder; und als Gäste die Dr. Dr. Idelsohn und Maximowitsch.

Dr. J. Eliasberg demonstriert ein coloriertes Photogramm des von ihm in der vorigen Sitzung demonstrierten Patienten und stellt einen Patienten vor, 17 Jahr alt; mit polymorphem Ausschlag an den unteren Extremitäten zum Teil crustös-impetiginösen, zum Teil papulo-squamösen Charakters. Ausserdem weist er einen impetiginösen Primäraffekt, der fast die ganze Glans einnimmt, auf, ferner hat er zahlreiche nässende Plaques am Scrotum und einzelne maculae am Pharynx. Die Vorstellung geschieht, weil hier eine Polymorphie der Lueserscheinungen bereits im ersten Eruptionsstadium so deutlich ausgeprägt ist und andererseits auch, weil es sich hier um Lues handelt, die von Anbeginn an einen impetiginösen Charakter aufweist, was das impetiginöse primäre ulcus beweist. Diese Fälle bieten eine ungünstige Prognose, weil sie meist einen schweren Verlauf haben und besondere Aufmerksamkeit beanspruchen.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. P. Klemm eine ganze Reihe osteomyelitischer Knochen, die in toto bei Operationen entfernt wurden, unter anderem ein vollständiges Schulterblatt eines ca. 12-jährigen Mädchens, das im Juni dieses Jahres operiert wurde. Pat. wird auch vorgestellt, dieselbe steht noch in medico-mech. Behandlung bei Dr. von Sengbusch, kann ihren Arm schon aktiv bis über die Horizontale erheben und den ihr passiv voll nach oben gehaltenen Arm kurze Zeit frei halten. Das Schulterblatt hat sich vollkommen ersetzt und ist deutlich abzutasten.

Pkt. I. der Tagesordnung: Dr. Hampeln über Thoracale Ostealgien (erscheint in der Berliner klinischen Wochenschrift).

Dr. Böhlendorff ist der Meinung, dass auch für die Orthopäden die grosse Zusammenstellung dieses Materials wichtig sei, da es gewisse Prädilektionsstellen dieses Schmerzes gebe. Bei Menschen, die schwer gearbeitet hätten, helfe seiner Erfahrung nach bei Ausschluss natürlich einer Tuberkulose rationelle Massage, aber auch Korsette wende er an. Schanz habe auf eine Parallelität der Plattfussbeschwerden und dieses Schmerzes hingewiesen.

Dr. Sokolowsky hat oft Schmerzen beobachten können, wie Dr. H. sie geschildert, sie seien früher als Schmerzen arteriosklerotischer Natur genommen worden. Hysterie, Neurasthenie hätten damit nichts zu tun; von Massage und Stützapparten könne bei dieser Art Schmerz wenig Nutzen erwartet werden, dagegen stimme er Dr. Hampeln bei, dass eine Unterkleidungsreform, die einen Druck auf den proc. ensiformis oder auf die letzten Rippen ausschliessen, von Nutzen zur Beseitigung der Schmerzen sein könnte.

Dr. Schröder: Das Fehlen von nervösen und psychischen Begleiterscheinungen genügt nicht, um eine neuro-psychopathische Konstitution mit Sicherheit auszuschliessen. Diese Disposition kann durch längere Lebensabschnitte latent bleiben, während sie zu anderen Zeiten in verschiedenartigen klinischen Erscheinungsformen zu Tage tritt. Man konnte sich daher wohl vorteilen, dass das Symptomenbild der thorakalen Ostealgie auf neuropathischem Boden entstanden ist, ohne dass die Patienten, während sie an den Schmerzen litten, sonst irgend welche Störungen des Nervensystems aufwiesen. Gerade bei den periodisch erkrankenden Manisch-Depressiven sieht man Schmerzanfälle, über die ich neulich hier gesprochen habe, mitunter in solchen Zeiten auftreten, in denen die Pat. einen mehr oder weniger psychisch gesunden Eindruck machen. Auch hier finden wir im Rahmen des status praesens

keine Andeutungen einer psychopat. Konstitution, während erst eine Nachforschung über weitere Lebensabschnitte über den wirklichen Zusammenhang aufklärt. Uebrigens möchte er erwähnen, dass er bei einer manisch-depr. Kranken einen Schmerzanfall vom Typus der thorakalen Ostealgie gesehen habe, obgleich eine solche vereinzelte Erscheinung sehr wohl auf einem zufälligen Zusammentreffen beruhen mag.

Auf die Bemerkung Dr. Hampelns, dass bei den von Dr. Schröder früher geschilderten Schmerzanfällen — Druckschmerzhaftigkeit fehlte, erwidert Dr. Schröder: Bei den Manisch-depressiven fehlte Druckschmerzhaftigkeit nur bei der die Extremitäten betreffenden Schmerzform. Wohl habe er bei den anderen Schmerztypen das Vorkommen von Druckempfindlichkeit hervorgehoben.

(Autoreferat).

Dr. v. Engelhardt möchte sich der Auffassung Dr. Schröder's anschliessen. Wenn alle konstitutionellen Momente ausgeschlossen werden können und abgesehen von der auslösenden Ursache des statischen Drucks oder anderer mechanischer Faktore die grössere Vulnerabilität oder Erschöpfbarkeit der Nervenendigungen im Periost oder Knochen von Dr. Hampeln als mögliche Ursache jener Ostealgien hingestellt wird, so erscheint es doch nicht recht motiviert, diese Erscheinungen durchaus von der Neurasthenie zu trennen. Die Neurasthenie ist ja gerade die Bezeichnung für die grössere Ermüdbarkeit des Nervensystems, aber ob diese nun sich in leichter auszulösenden Schmerzen oder psychischen Symptomen äussern, sei doch noch kein Grund, die gemeinsame Krankheitsursache zu leugnen.

Ganz ebenso wie bei der Arteriosklerose das eine Mal Schmerzen auftreten, das andere Mal nicht, wie bei dem Einen die Disposition zur Claudikation intermittente — auch ganz ohne ausreichende direkte Ursachen — stärker ist, als zur Angina pectoris, und wir doch in den meisten Fällen nicht von der Lokalerkrankung des Gefässes, sondern von Arteriosklerose überhaupt reden, so dürfte doch auch bei der Ostealgie die Empfindlichkeit der Nervenendigungen nur auf eine allgemeine erhöhte Reizbarkeit des Nervensystems zurückgeführt werden, die sich event. hervorgerufen durch Druck und Zerrung, oder ungünstige statische Verhältnisse eben gerade an den betreffenden Thoraxstellen manifestiert.

Dr. Paul Klemm meint, es werde bei diesem Thema zu vielerlei zusammen geworfen, er müsse folgende Gruppen der Schmerzen hervorheben.

I. Die Schanz'schen Fälle, das seien statische Schmerzen wie beim Plattfuss und dergl. difformierten Knochen, es könne sich dabei um chron. Wucherungszustände in den Knochenkanälen handeln, dadurch hervorgerufener Nervendruck.

II. Schmerz im Anschluss an Infektionskrankheiten, schwer nachweisbar, sei es, dass dieselbe in Abrede gestellt wird, wie z. B. die Gonorrhoe, sei es, dass es wirklich nicht möglich ist sie nachzuweisen, er weist auf eine Arbeit von Fränkel hin, die über Veränderungen im Innern des Knochenmarkes nach Typhus handelt.

III. Schmerz von Knochen, die einem Druck von aussen ausgesetzt sind, z. B. des proc. ensiformis. Man finde bei Untersuchung vieler Sterna eine auffallende Formverschiedenheit, es handelt sich oft um osteoplastisch konsolidierende resp. osteomyelitische Zustände; auch am Steissbeine sei dieses der Fall, 2 Fälle habe er operiert, wo eine auffallend starke Konvexität nach hinten vorlag, in beiden Fällen wegen starker Schmerzen operiert.

IV. Dann bleibt eine Gruppe wo eine genügende Erklärung fehle, da käme in Betracht, dass nicht selten bei Appendizitis z. B. an typischer Stelle nichts zu finden sei aber auffallende Schmerzen der Lendenwirbelsäule — hier ziehe er zur Erklärung die Neurose heran.

Dr. Sokolowsky hat die in der IV. Gruppe von Dr. Klemm angeführten Fälle im Auge gehabt, wo er Hysterie resp. Neurasthenie ausschliesse.

Dr. Hampeln bemerkt Dr. Kl. gegenüber, dass er ja nicht über Knochenschmerz überhaupt, sondern, wie ausdrücklich von ihm hervorgehoben, nur über Knochenschmerz, nach Ausschluss der verschiedensten auch ihm bekannten Osteitiden und Periostitiden gesprochen hat. Es bleiben dann aber immer noch Schmerzen nach, ohne nachweisbare anatomische Veränderungen, im Charakter der Neuralgien auftretend. Mit diesen allein, an deren Vorkommen seiner Ansicht nach nicht zu zweifeln ist, habe er sich befasst und nach ihrer Erklärung gesucht und geglaubt, diese Erklärung einerseits in Reizbarkeit des Nervensystems andererseits in Zerrungen, Druck und Zug am Knochen zu finden. Dieses statische Moment sei ja auch von ihm besonders betont worden. Dr. v. Engelhardt gegenüber bemerkt H. dass er, solange Zeichen einer allgemeinen Neurose oder Widerstandsschwäche nicht vorliegen, sich nicht für genötigt oder berechtigt halte, diese anzunehmen, andererseits kein Hindernis für die Annahme einer lokalen Widerstandsschwäche einzusehen vermag, vielmehr scheine ihn seine Erfahrung zu lehren, dass solche Fälle lokaler Gewebs- oder Organschwäche oft genug vorliegen.

Dr. Brutzer will den Nervenschmerz oft mit Stauungen in Lymphbahnen erklären, daher nehmen sie nach leichter Massage oft schnell ab, resp. schwinden, um aber meist bald wieder zu kommen, namentlich bei Ruhelage.

Dr. Klemm nimmt bei den statischen Schmerzen stets Veränderungen in den Knochen oder Fascien an, sie seien natürlich wenig genau noch untersucht worden, da solche Fälle nicht zur Sektion kämen, dieser Grund liesse sich aber auch nicht ausschliessen.

Dr. Hampeln bemerkt hierzu, dass er sich natürlich nicht für kompetent halte, die anatomische Frage zu entscheiden. Er verfüge über keine Sektionsbefunde, diese scheinen aber auch sonst nicht vorzuliegen. In Fällen dieser Art kommt es eben weder zur Operation noch zur Sektion. Ohne derartige Befunde lasse sich aber die Frage nach der etwaigen anatomischen Grundlage der Schmerzen nicht entscheiden, es sei vielmehr alles Hypothese. Auf solche Veränderungen könne höchstens aus den klin. Erfahrungen geschlossen werden, was doch misslich ist. Er glaube aber nicht, dass diese genüge, jene Veränderungen mit Sicherheit zu behaupten, sondern halte es für wahrscheinlich, dass es sich hier wie auch von der Tarsalgie und Coccygalgie etc. angenommen wird, um einen Schmerz neuralgischer Natur im allgemeinen handelt. Es handele sich nicht um Entzündung, wenigstens sei diese nicht erwiesen, aber auch nicht um Hysterie und Neurasthenie, obschon namentlich bei Neurasthenikern wie auch bei inneren Krankheiten Irradiationsschmerz am Sternum und an den Rippen vorkommt.

Dr. Tiling. Natürlich sei es, dass auf den verschiedensten Gebieten eine Erklärung für die Schmerzen gesucht würde, seiner Meinung nach könne sehr wohl ein psychisches Moment mitspielen, der erste Schmerz kann durch Druck oder dergl. entstanden sein, könne dann aber durch stets wachsende Beobachtung auch nach Ausschalten der ersten Ursache als fortbestehend und sich steigernd beobachtet werden — so käme es zu einer Hyperästhesie und einem vulnerablen Zustand, auf den er die Aufmerksamkeit auch zu richten bitte.

Dr. Hampeln erwidert, dass er Dr. T. Auffassung natürlich beipflichten müsse, dass aber seiner Ansicht nach in den von ihm mitgeteilten Fällen die Psyche weder bei der Entstehung der Schmerzen — das bemerkt er auch gegen Dr. Schröder — eine Rolle gespielt habe noch bei ihrer Unterhaltung. Es habe sich wohl sicher nur um rein körperliche Vorgänge gehandelt.

Dr. R. von Sengbusch,
d. Z. Secretär.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Direktor und Chefarzt des St. Petersburger Kinderasyls des Prinzen Peter von Oldenburg, Leibpädiater des Allerhöchsten Hofes, Geheimrat Dr. Rauchfuss, ist der Eigenen Kanzlei Sr. Kaiserlichen Majestät für die Institutionen der Kaiserin Maria zugezählt worden, unter Belassung in den von ihm bekleideten Stellungen.

— Goldenes Jubiläum. In der vorigen Woche wurde im Lokal der Warschauer medizinischen Gesellschaft das 50-jährige Jubiläum der ärztlichen Tätigkeit des früheren Warschauer Professors der Chirurgie Dr. Julian Kosinski gefeiert, bei welcher Gelegenheit dem Jubilar u. a. seitens des Lodzer Aerztevereins das Ehrenmitgliedsdiplom überreicht wurde. Anlässlich seines Jubiläums hat Prof. Kosinski 2000 Rbl. für die Bedürfnisse des Laboratoriums der Warschauer medizinischen Gesellschaft gespendet. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 74. Lebensjahre steht, bekleidete den Lehrstuhl der operativen Chirurgie anfangs an der Warschauer Hauptschule (Szkola Glówna), dann nach Umwandlung der Hauptschule in eine Universität an letzterer 35 Jahre lang und trat vor ca. 8 Jahren in den Ruhestand.

— Am 24. Juni konnte der Oeselsche Kreisarzt Dr. Georg Carstens auf eine 25-jährige ärztliche Tätigkeit an der «Neuen Heil- und Schlammbadeanstalt» in Arensburg, welche an demselben Tage gleichfalls das Fest ihres 25-jährigen Bestehens beging, zurückblicken.

— Zum Rektor der Universität Bonn für das kommende Studienjahr ist der Professor der speziellen Patho-

logie und Therapie, Geh. Medizinalrat Dr. Friedrich Schultze, gewählt worden, der s. Z. bekanntlich den entsprechenden Lehrstuhl an der Dorpater Universität inne hatte und zugleich Direktor der therapeutischen Klinik dort war.

— Der Direktor und Oberarzt des hiesigen St. Olgahospitals, Geheimrat Dr. Weidemann, ist auf zwei Monate ins Innere des Reiches beurlaubt worden.

— Der Professor der operativen Chirurgie an der militär-medizinischen Akademie Dr. Sergius Delizyn ist nach Ausdienung der Dienstzeit von der Konferenz der Akademie auf weitere fünf Jahre wiedergewählt worden.

— Der langjährige Spezialist für Hautkrankheiten und Syphilis an der hiesigen St. Georgs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern Dr. Alex. Solowjew ist zum Ehrenkonsultanten dieser Gemeinschaft gewählt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 31. Mai in St. Petersburg der Assistent am Kinderhospital des Prinzen Peter von Oldenburg Dr. Ernst Salome im Alter von 26 Jahren an Diphtherie, mit welcher er sich bei Ausübung seines Berufs im genannten Hospital infiziert hatte. Der Verstorbene hatte erst im vorigen Jahre den Arztgrad erlangt. 2) Auf der Station Grjasi der Chefarzt der Südostbahnen Dr. Johann Botscharnikow plötzlich im 58. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war nach Absolvierung seiner Studien i. J. 1875 an der Moskauer Universität anfangs Landschaftsarzt in Borissoglebsk, trat aber bereits nach zwei Jahren in den Dienst der Südost-Eisenbahnen, an welchen er als Chefarzt 31 Jahre gewirkt und das Sanitätswesen in musterhafter Weise organisiert hat. Während zu Beginn seiner Tätigkeit an diesen Bahnen ausser dem Chefarzt nur noch ein jüngerer Arzt angestellt war, ist es seinen Bemühungen gelungen, das Sanitätswesen so zu erweitern, dass die Bahnen gegenwärtig über nicht weniger als 35 Aerzte, eine Menge Feldscher und Hebammen und 4 Krankenhäuser verfügen. 3) In Siedlce der dortige Stadtarzt Dr. Anastasius Sawicki im 61. Lebensjahre nach 36-jähriger ärztlicher Tätigkeit. Der Verstorbene fungierte zugleich als Gefängnisarzt. 4) In Moskau am 25. Mai Dr. Samuel Rabinowitsch, Arzt bei der Gesellschaft der Handwerker, im 68. Lebensjahre. Die Praxis hat er seit 1868 ausgeübt. 5) In Warschau der freipraktizierende Arzt Joseph Cohn im Alter von 37 Jahren. Die Venia practicandi hatte er im Jahre 1881 erlangt. 6) Am 2. Juli n. St. in Berlin der berühmte Pharmakologe und langjährige Professor der Arzneimittellehre an der Berliner Universität, Geh. Medizinalrat Dr. Oskar Liebreich, im 70. Lebensjahre. In ihm verliert die deutsche Heilkunde einen ihrer bedeutendsten Vertreter, der während seiner langen Gelehrtenlaufbahn namentlich an dem Ausbau der modernen Arzneimittellehre einen hervorragenden Anteil genommen. Zu Königsberg i. J. 1839 geboren, war er anfangs Seemann, studierte dann bei Fresenius in Wiesbaden Chemie und widmete sich 1859 dem Studium der Medizin in Königsberg, Tübingen und Berlin, wo er 1865 auch die Doktorwürde erlangte. Nach kurzer Assistentenzeit im patholog. Institut bei Virchow, habilitierte er sich 1868 als Privatdozent für Pharmakologie in der Berliner Universität, wurde 1871 ausserordentlicher und 1872 ordentlicher Professor und Leiter des pharmakologischen Instituts. Liebreich gehörte zu den Gelehrten, die bei ihrem Spezialfach die Fühlung und den Zusammenhang mit der Gesamtmedizin niemals aus den Augen verlieren — das bezeugen seine zahlreichen Veröffentlichungen aus den verschiedensten Gebieten der Heilkunde. Zwei Entdeckungen aus dem Gebiete der Pharmakologie sind es besonders, die seinen Namen populär gemacht haben: Die Entdeckung der schlafmachenden Wirkung des von Liebig hergestellten Chloralhydrats (1868) und die Einführung des Lanolins in den Arzneimittelschatz. Seit Jahren beschäftigte er sich auch mit balneologischen Studien und war Vorsitzender der deutschen balneologischen Gesellschaft wie auch der Hufelandsstiftung. 1884 veröffentlichte er mit seinem Assistenten Langaard ein medizinisches Rezepttaschenbuch, das viele Auflagen erlebt hat, und seit 1887 gab er die vielgelesenen therapeutischen Monatshefte heraus. Eine schnellfortschreitende Arteriosklerose beeinträchtigte in den letzten Jahren seine Leistungsfähigkeit und setzte noch vor Erreichung des 70. Lebensjahres seinem arbeitsvollen Leben ein Ziel. 7) Prof. E. Albrecht, Prosektor am Senckenbergschen Institut in Frankfurt a. M. Die pathologische Anatomie, die durch ihn manche wertvolle Bereicherung, namentlich auf dem Gebiete der Geschwulstlehre, erhalten, verliert in ihm einen der hervorragendsten Vertreter, dessen Talent und Forschungstrieb noch zu sehr grossen Hoffnungen berechtigte (D.).

Von Universitäten und med. Instituten.

— Die in diesem Jahre in die militär-medizinische Akademie eintretenden Personen sind nach den vom Kriegsminister erlassenen neuen Regeln verpflichtet, vorher einen besondern Kursus behufs Aneignung von Kenntnissen, die für jeden im Militär Dienenden notwendig sind, durchzumachen. Es werden nur die, welche eine Prüfung in diesen militärischen Kenntnissen bestanden haben, in die Zahl der Studierenden aufgenommen werden. Der Kursus wird am 25. August beginnen. Ausserdem ist die Bestimmung, der zufolge das Examen im Lateinischen während des ersten Studienjahres nachgeholt werden konnte, abgeschafft. Es werden daher im neuen Lehrjahre diejenigen Personen, welche kein Zeugnis über die Absolvierung der Prüfung in der lateinischen Sprache aufweisen, bei der Aufnahme in die militär.-mediz. Akademie nicht mehr bedingt aufgenommen werden, sondern erst nach tatsächlich bestandener Prüfung im Lateinischen.

— Die Universität Dorpat ist durch die Verfügung des Ministeriums der Volksaufklärung von dem Zwange zur Aufnahme der ungenügend vorbereiteten Absolventen der geistlichen Seminare erfreulicherweise befreit worden. Es haben sich aber doch Leute gefunden, und zwar auffallenderweise mehrere geistliche Abgeordnete der Reichsduma mit dem Bischof Eulogius an der Spitze, welche um unbehinderte Zulassung der Seminaristen zu den Universitäten Warschau, Tomsk und Dorpat sowie zum Demidow-Lyzeum in Jaroslow und zu den Philologischen Instituten in St. Petersburg und Neshin petitionieren.

— Die grosse Bibliothek des verstorbenen Professors Dr. S. P. Botkin ist von seinem Sohne Prof. Dr. S. S. Botkin der militär-medizinischen Akademie geschenkt worden.

— Der amerikanische Millionär Phipps hat der Stadt Baltimore ca. eine Million Rubel zur Gründung einer Klinik zum Studium und zur Heilung von Geisteskrankheiten gespendet.

Standesangelegenheiten.

— Der Herausgeber und verantwortliche Redakteur der Zeitung «Russkoje Snamja», der hiesige Arzt Dr. A. J. Dobrowin, wird wegen der vor kurzem konfiszierten Nummer 135 dieses Blattes, auf Grund des Art. 1040 des Strafgesetzbuches zur gerichtlichen Verantwortung gezogen.

— Der Jekaterinburger Arzt Dobrochotow wurde wegen Verleumdung in der Presse vom Bezirksgericht zu zwei Wochen Arrest auf der Hauptwache verurteilt. Auf dem Appelationswege gelangte die Angelegenheit vor die Kasansche Gerichtspalate, die das Urteil der ersten Instanz bestätigte. Am 19. Juni ist nun auch die Kassationsklage Dr. Dobrochotows in dieser Angelegenheit vom Senat zurückgewiesen worden.

— Eine Vergrösserung des Personals der städtischen Ambulatorien wird von der städtischen Hospitalkommission beim Stadtamt beantragt. In der motivierten Eingabe wird aus der Frequenz der letzten drei Jahre nachgewiesen, dass in der Ambulanz des Obuchowhospitals von den 6 an derselben angestellten Aerzten täglich im Durchschnitt 422 Kranke empfangen wurden, so dass 70 Kranke auf jeden Arzt entfallen. In der Ambulanz des Peter-Paul-Hospitals kommen 66 Kranke, im städt. Alexanderhospital — 62 Kranke auf einen Arzt, während die Norm nur 40 Kranke wären. Das Stadtamt beabsichtigt nun zur Steuerung dieser Ueberbürdung der Aerzte und des übrigen Personals der Ambulatorien die Vergrösserung der Zahl der Aerzte um 7, die der Feldscherinnen um 8 und die der Pharmazeuten, ihrer Gehülfen und Lehrlinge um 26 bei der Duma zu befürworten.

— Die Frage der sexuellen Aufklärung in der Schule ist auf dem soeben geschlossenen 31. deutschen Aerztetage in Danzig ausführlich besprochen worden. Nach sehr lebhaften Debatten entschloss man sich zur Annahme nachstehenden Antrages: «Der Aerztetag möge beschliessen, dass die Frage der Mitwirkung der Schule bei der sexuellen Aufklärung noch nicht spruchreif ist».

Verschiedene Mitteilungen.

— Die Robert Koch-Stiftung hat nunmehr die Kaiserliche Bestätigung erhalten. Nach den Statuten setzt sich der Vorstand aus 11 Mitgliedern zusammen. Es sind Robert Koch selbst, der das Recht hat, sich einen Nachfolger zu bestimmen, dem wieder die gleiche Befugnis zusteht; sodann ein vom Kaiser ernanntes Mitglied, ferner der Präsident des Reichsgesundheitsamtes, der Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten, je ein Vertreter des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, des Reichsausschusses für ärztliches Fortbildungswesen, des deutschen Aerztevereinsbundes und 4 vom Vorstande gewählte Mitglieder. Das Stiftungskapital beträgt zur Zeit 900,000 Mark.

— Der Apothekerverein von München—Gladbach hat die Einführung der Sontagsruhe in der Weise beschlossen, dass an Sonn- und Feiertagen von den 7 Apotheken der Stadt 4 oder 5 von 2 Uhr nachmittags an geschlossen werden, während 3 oder 2 Apotheken geöffnet bleiben.

— Die Obermedizinalverwaltung macht bekannt, dass die bisher in der Tagespresse gebrachten Nachrichten von angeblichen Cholerafällen Falschmeldungen gewesen sind. Es ist bisher noch kein Fall von asiatischer Cholera in diesem Jahre im europäischen Russland konstatiert worden.

— Bei der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit wird eine besondere Kommission gebildet zur Abfassung einer motivierten Vorlage über die Einführung der obligatorischen Pockenimpfung in Russland, wozu das umfangreiche statistische und rein wissenschaftliche Material über den Stand der Pockenimpfung in Russland, über welches die Gesellschaft verfügt, verwertet werden soll. Die motivierte Vorlage wird von der Kommission an die Mitglieder der Reichsduma und des Reichsrats versandt werden, um sie mit dem gegenwärtigen Stande der Frage bei der Beratung des Gesetzentwurfes, betreffend die obligatorische Pockenimpfung in Russland, bekannt zu machen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. Mai d. J. 11010 (314 weniger als in der Vorwoche), darunter 778 Typhus abdom. — (60 wen.), 9 Typhus exanthemat. — (6 wen.), 388 Febris recur. (24 mehr), 409 Syphilis — (28 wen.), 324 vener. Kranke — (7 mehr), 214 Scharlach — (4 mehr), 207 Diphtherie — (8 mehr), 129 Masern — (26 mehr), und 152 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 25. bis zum 31. Mai d. J. im ganzen 912, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdom. 45, Febris recurrens 7, Pocken 11, Masern 68, Scharlach 19, Diphtherie 8, Keuchhusten 7, Krupöse Lungenentzündung 40, Erysipelas 2, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 94, Ruhr 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberkulose der Lungen 126, Tuberkulose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungskanals 112, andere Krankheiten 244. Ausserdem 48 Totgeborene.





Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup

„CALIFIG“

(Name gesetzlich geschützt)

ist ein längst bekanntes, erprobtes, unschädliches, wohlschmeckendes Laxativ, welches infolge seiner sicheren und milden Wirkung die Aerzte in ihren Erwartungen niemals täuscht. (27) 0—9.

Besonders geeignet für die Frauen- und Kinder-Praxis. Gebrauchsanweisung ist jeder Flasche beigefügt.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herren Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau . . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.



(77) 10—7.

BAD KISSINGEN.

Hofrat Dr. **Leusser's Sanatorium** „Villa Thea“
für **Magen-, Darm-, Herz-, Nerven-** und **Stoffwechselkranke.**

April—November.

(47) 10—7. Prospekte durch den Besitzer Hofrat Dr. *Leusser.*



Zur Erzielung

Regelmässiger Verdauung

sind unbedingt Abführungs-Pillen

„**Ara**“ einzunehmen.

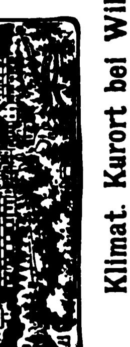
Schachtel 95 Kop.

(75) 0—6.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung

ganz umsonst versandt.

Sanatorium Schömberg
Württemberger Schwarzwald.
HEILANSTALT
für Lungenkranke.



Klimat. Kurort bei Wildbad. Sommer und Winterkuren.
Leit. Arzt: Dr. KOCH. Prospekte durch die Direktion.

BAD KREUZNACH

Saison 1. Mai—30. Sept.

Stark radioaktive Jod-, Brom- und Lithionhaltige Heilquellen. Alle modernen Heilmittel und perfekte sanitäre Einrichtungen.

Radiumgewinnung.

Indikationen: Frauen- und Kinderkrankheiten, Skrofulose, Rachitis, Hautkrankheiten, Herzkrankheiten, Gicht u. Rheumatismus.
Versand von Kreuznacher Mutterlauge.
Prospekte durch die Kurdirektion gratis und franko.

Goldgrube!

Für Aerzte glänzende Existenz und sichere Kapitalanlage.

Infolge Erkrankung des Besitzers einer rühmlichst bekannten, Deutschen

Spezialanstalt

soll letztere bei nachweisbarer grosser Rentabilität unter günstigen Bedingungen verkauft oder in dieselbe ein geeigneter, geschäftsgewandter Arzt unter grösserer Beteiligung aufgenommen werden, welcher Interesse für Kinder und technische Behandlung hat!

Gefl. Off. sub. C. 3012 an Invalidendank Berlin W. 64. (95) 2—2.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.


PRODUKTE aus den NATÜRLICHEN dem Wasser entzogenen SALZEN
VICHY ÉTAT
VICHY
VICHY ÉTAT
DIE QUELLEN GEHÖREN DER FRANZÖSISCHEN REGIERUNG
PASTILLES VICHY-ÉTAT
2 oder 3 Pastillen nach dem Essen fördern die Verdauung.
SEL VICHY-ÉTAT
zur Selbstbereitung des Verdauungs-Wassers
COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT
zur Selbstbereitung des Alkalisch-brausenden Wassers.
SEL und COMPRIMÉS müssen in gekochtem, abgekühltem Wasser aufgelöst werden.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 27 St. Petersburg, den 5. (18.) Juli. **1908.**

Ueber das Verhältnis der Blutbeschaffenheit zur Lungentuberkulose und deren Therapie.

Von

Dr. med. E. Sokolowski.

Vortrag, gehalten auf dem livl. Aerztetage 1907 zu Dorpat.

Der grosse Schatz der mit Einführung der Heilstätten erreichten Positiva wird wesentlich bereichert durch die unumstössliche Tatsache, dass ein in der Heimat genesener oder gebesserter Patient dem Risiko enthoben ist, welches nach der Kur im fremden Klima — mit der Rückkehr in die Heimat — verknüpft sein kann. Selbstverständlich besteht dieses Risiko nicht gleichermassen in allen Krankheitsfällen und bei sämmtlichen Patienten; es besteht auch nicht gleichermassen für alle klimatischen Kurorte, zu denen der Weg seit Jahren eingetreten ist. Angesichts des erwähnten Risiko ist aber und war zu allen Zeiten dem Nordländer im Allgemeinen durchaus zu raten, dem Hochgebirge mit seiner Kälte, seinem Schnee und Eis den Vorzug zu geben vor dem weichen Klima Afrikas oder auch nur der Riviera, deren milde Luft dem Patienten, Rekonvaleszenten oder Genesenen das Einleben in der rauhen Heimat unmöglich machen oder wenigstens sehr erschweren kann. Eine weitere die Anlage heimatlicher Heilstätten befürwortende Ueberlegung gehört in das Gebiet der nervösen Fragen: das in vieler Hinsicht, zumal für den Nordländer, zu bevorzugende Hochgebirgsklima hat eine höchst differente Wirkung auf das Nervensystem; kurz gefasst und im Allgemeinen lässt sich nämlich sagen, dass zur Depression neigende Personen durch den Einfluss des Hochgebirgsklimas eine sehr wesentliche Belebung und Aufmunterung erfahren. Aufgeregte Naturen aber geraten in eine derartige Unruhe, Euphorie und Erregung, dass sie nicht selten um diese Erscheinung willen den Ort verlassen müssen.

Da wir den heutigen Tag als denjenigen begrüssen dürfen, an dem die Anlage einer heimatlichen Heilstätte näher von uns ins Auge gefasst werden soll, so scheint mir der Moment geeignet, neben den Fragen, die sich auf die Heilstätten selbst und auf ihre therapeutische Bedeutung beziehen, auch diejenigen Fragen zu bereichern, welche mit den klimatischen Heilfaktoren in Zusammenhang stehen. Weil aber, wie oben hervorgehoben wurde, das Hochgebirge für unsere Heimatsgenossen immer noch die geeignetesten Bedingungen aufweist, so möchte ich auch seine allbekannten Vorzüge in Kürze rekapitulieren. Damit kommt in Betracht: 1) die grosse Trockenheit, 2) die Staubreinheit, 3) die Keimfreiheit, 4) die durch den Schutz der Bergriesen garantierte Windstille, 5) die Beschleunigung des Stoffwechsels und die mit ihr einhergehende spontane Ueberernährung, 6) die Vermehrung der roten Blutkörperchen, 7) die durch die sog. dünne Luft verursachte Beschleunigung und Vertiefung der Atembewegung; also, eine vom Individuum nicht beabsichtigte und zwar unausgesetzte Lungengymnastik.

Wenn wir die sieben genannten Punkte auf ihre etwaige Verwendbarkeit in unseren heimatlichen Verhältnissen prüfen wollten, so teilen sie sich in drei Gruppen:

1) Heilfaktoren, auf die wir in unserer Heimat verzichten müssen, wie die spontane Atemgymnastik.

2) Heilfaktoren, die wir in unserer Heimat schwer erreichen werden, auch in geringerem Grade und nur

unter Beobachtung ganz spezieller Bedingungen — nämlich die Veränderung der Blutzusammensetzung.

3) Heilfaktoren, die leichter zu beschaffen sind und deren Wirksamkeit und Intensität an die des Hochgebirgsklimas sehr nahe heranreicht, wie die Trockenheit, Staubreinheit und Keimfreiheit.

Mir scheint allerdings viel daran zu liegen, dass an dieser Stelle die Bedeutung und der Wert auch des schwer erschwingbaren Heilfaktors (der Blutveränderung) betont werde. Daher bitte ich mir aus, die Frage des beschleunigten Stoffwechsels berühren zu dürfen, indem ich in Kürze die Blutqualität, ihre Abhängigkeit von bestimmten Bedingungen und ihre Beziehungen zur Phthise und deren Therapie bespreche.

Dr. Th. Pacht hat 1901 auf dem livl. Aerztetage in Riga Ihnen die Resultate seiner Beobachtungen vorgelegt in seinem Vortrage „über die Veränderung des Blutes im Hochgebirge". Bei dieser Gelegenheit wurde Ihnen der bis dato vorhandene Stand dieser Frage vorgelegt mit der ganzen dazu gehörenden Polemik.

Blicken wir zurück auf die ersten Veröffentlichungen, die Ende der 80-er und Anfang der 90-er Jahre an der Hand der Arbeiten von Bert[1], Viault[2] und Müntz die Tatsache konstatieren liessen, dass beim Aufenthalte in einer gewissen, bereits beträchtlichen Höhe über dem Meeresspiegel, eine Vermehrung der roten Blutkörperchen stattfindet. Wie Pacht beim Zusammenstellen der Resultate obiger Autoren feststellt, geht diese Vermehrung vor sich in dem Verhältnisse von 100,000 auf 100 d. h. mit jedem 100 Meter Höhenzuwachs werden im Kubikmillimeter Blut 100,000 rote Blutkörper mehr konstatiert.

Von da ab wurde dieser Frage die grösste Aufmerksamkeit zugewandt. Das Verdienst aller nun folgenden, in dieser Richtung arbeitenden Forscher war zunächst, — den Nachweis erbracht zu haben dafür, dass Meereshöhe und Zahl der roten Blutkörperchen überhaupt in direkt proportionalem Verhältnisse zu einander stehen.

Miescher[4]) und seine Schüler: Egger, Karcher, Veillon, Wolff, Koeppe, Mercier, Suter u. A. — sie alle befestigten immer mehr und einstimmig die Tatsache, dass die Zahl der roten Blutkörper und mit ihr parallel der Prozentsatz an Haemoglobin ein um so grösserer sei, je höher das Individuum über dem Meeresspiegel seinen Aufenthalt nimmt. Interessanter Weise sind die Versuche für die höchstgelegenen Kurorte erst spät, d. h. 1897 gemacht worden und zwar durch Dr. A. Kündig[5]) in Davos, damals Assistentarzt am Sanatorium des Dr. Turban; im Jahre 1900 — von Dr. Th. Pacht in Arosa. Die entsprechenden Haemoglobinbestimmungen wurden mit dem Gower'schen Apparat vorgenommen, dessen Genauigkeit gewiss angestritten werden kann; immerhin behalten die mit ihm erreichten Resultate ihren Wert, zumal für denjenigen, der gut mit ihm eingearbeitet ist. Was Kündig übereinstimmend mit vielen Anderen feststellte, ist in Kürze referiert Folgendes:

1) Die Vermehrung der roten Blutkörperchen beginnt in rapidem Tempo mit dem Augenblicke der Versetzung des Individuums ins Hochgebirge und nimmt allmälig in ihrer Geschwindigkeit ab, bis das Maximum nach ca. 6 Wochen erreicht ist.

2) Solches findet statt sowohl im lungenkranken, wie im gesunden Organismus.

3) Das Maximum der erreichten Blutkörperzahl richtet sich nach den im Individuum vorhandenen Bedingungen und Fordernissen. Diese aber sind geboten nach Massgabe der Schwere der Lungenerkrankung, und zwar steht der Grad der Erkrankung in direkt proportionalem Verhältnisse zur Anzahl der roten Blutkörperchen. Dem entsprechend erreicht also der gesunde Organismus das geringste Maximum.

4) Der Haemoglobingehalt verändert sich parallel der Blutkörpervermehrung und zwar in folgendem Verhältnisse:

einer Blutkörperzahl von	4 Mill.	entspricht	80	pCt.	H
„ „	„ 5 „	„	100	„	„
„ „	„ 6 „	„	120	„	„
„ „	„ 7 „	„	140	„	„

Allerdings hält dieser Zuwachs an Haemoglobin bei den Schwerstkranken d. h. bei den grössten Maxima der Blutkörpervermehrung mit diesen nicht mehr genauen Schritt. Das Gleiche liess sich bei vielen weiblichen Patienten beobachten; wahrscheinlich wegen häufig vorhandener Chlorose und wegen der im weiblichen Organismus überhaupt inkonstanten Verhältnisse des Blutbestandes. Aus diesen Ueberlegungen habe ich mich veranlasst gesehen, lediglich meine an Männern gemachten Beobachtungen zu verwenden. Da sich mir in der Folge die Möglichkeit bot, die Stellung des Dr. Kündig am Turban schen Sanatorium einzunehmen, setzte ich die Blutbestimmungen an sämmtlichen die Anstalt aufsuchenden Patienten fort und hatte reichlich Gelegenheit, die Richtigkeit der oben erwähnten Tatsachen zu beobachten. Die graphische Darstellung auf pag. 288 giebt ein genaues Bild und eine Zusammenstellung aller dieser an 104 Patienten gemachten Beobachtungen und des Verhältnisses der beobachteten Tatsachen zu einander. Mittlerweile, i. e. im Jahre 1898, erhob sich der heisse Kampf zwischen Hohenhonnef und Davos, d. h. zwischen Tiefland und Hochgebirge um das Wesen und den Wert, ja, um die Existenz der Blutkörperchenvermehrung, wie sie beobachtet und behauptet worden war. Dieser Kampf ist durch Jahre fortgesetzt worden; er hat die mannigfachsten Gesichtspunkte zu Tage gefördert, hat manchen Forscher auf schiefe Bahn gebracht, die hässlichsten Regungen der menschlichen, alias ärztlichen Psyche zum Vorschein gebracht, — bis zur Aeusserung des nackten Brodneides herab. Indessen schälten sich bei der grossen Menge des allmälig zusammengetragenen Materiales teils ungewollte und unerwartete Tatsachen aus der haarigen Schale des Streitobjektes heraus, teilweise Wahrheiten, deren Unantastbarkeit immermehr zum anerkannten Allgemeingut wird resp. werden muss. Ich glaube, dass ich mir an dieser Stelle die Herzählung aller der im Laufe der Streitigkeiten entstandenen Auffassungen und Erklärungen der Blutkörperfrage sparen kann. Um aber ein Bild über die stellenweise Befangenheit zu geben, mit welcher der Kampf geführt wurde, will ich anführen, dass Dr. Meissen[6]) in Hohenhonnef seine Angriffe gegen die Vermehrung der roten Blutkörper im Hochgebirge mit der Behauptung eröffnete, dass diese Vermehrung bei ihm, d. h. in Hohenhonnef, gleichermassen stattfinde.

[1]) P. Bert. Comptes rendus de l'Acad. d. sciences 1882 pag. 805.

[2]) Viault. Comptes rendus de l'Acad. d. sciences 1890 pag. 917 und 1891 pag. 295.

[3]) Müntz. Comptes rendus de l'Acad. d. sciences 1891 pag. 295.

[4]) Miescher. «Ueber d. Beziehungen zwischen Meereshöhe und Beschaffenheit des Blutes. Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1893. Nr. 24.

[5]) A. Kündig. «Ueber die Veränderung des Blutes im Hochgebirge bei Gesunden und Lungenkranken». Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. 1897. Nr. 1.

[6]) E. Meissen. Die Abhängigkeit der Blutkörperchenzahl von der Meereshöhe. Therap. Monatshefte, 1899, Heft 10.



Denselben geharnischten Artikel schliesst der Verfasser mit der Behauptung, dass die bisher veröffentlichten Befunde im Hochgebirge ihre Ursache haben nicht im Menschen, sondern im Thoma-Zeiss'schen Zählapparat. Meissen meint feststellen zu müssen, dass besagter Zählapparat abhängig sei vom Luftdrucke und bei niedrigem Luftdrucke grosse, bei höherem Luftdrucke kleine Werte ergebe. Nun folgte eine ganze Reihe von Kontrollversuchen hüben und drüben, an denen ich Gelegenheit nahm, mich zu betätigen. Ich machte von nun ab bei jedem zu untersuchenden Patienten 3 Parallelzählungen: die erste mit dem gewöhnlichen Thoma-Zeiss'schen Deckglase, die zweite mit einem Deckglase von 5 mm. Dicke, so dass, wie Dr. Meissen bei seinem diesbezüglichen Vorschlage voraussetzte, der Druck der Luft auf das Deckglas keinen entscheidenden Einfluss ausüben konnte. Die dritte Parallelzählung wurde unternommen mit der gleichfalls von Dr. Meissen ausgedachten und so benannten „Schlitzkammer“[7]) — eine Einrichtung, bei welcher die Luft unter das Deckglas Zutritt erhält. Nachdem ich 15 Patienten auf diese dreifache Weise untersucht hatte, gab ich die Kontroll- resp. Parallelversuche auf; ich erhielt nämlich bei tüchtiger vorhandener Geübtheit für jeden der untersuchten Fälle ohne Ausnahme mit allen 3 Methoden vollkommen übereinstimmende Werte; an der Stelle der Tausender kommen freilich Abweichungen vor, die auf Rechnung der sowieso vorhandenen Fehlerquellen zu setzen waren. Da aber die Gegner des Hochgebirges alles ins Feld führten, was irgend in Betracht kommen konnte, um die spezielle Wirkung des Hochgebirgsklimas auf die Blutzusammensetzung zu entwerten, so wollte Meissen die etwa konstatierte Vermehrung der roten Blutkörper einzig und allein zustandekommen lassen durch eine mit dem betreffenden Lokalwechsel verbundene Verbesserung der Hygieine und Ernährung. Angenommen, dass dem so sei, muss aber nach meinen Beobachtungen gerade von diesem Gesichtspunkte aus dem Hochgebirge eine ausserordentliche Bedeutung beigemessen werden, denn mit der Beschleunigung des gesammten Stoffwechsels stellt sich bei der Uebersiedelung ins Hochgebirge eine vermehrte Nahrungszufuhr ein, wie sie sonst unter gar keinen Umständen und durch gar keine Mittel auch nur annähernd zu erreichen ist. Angesichts dieser unumstösslichen Tatsache war es völlig müssig, wenn Meissen als Gewährsmänner Suter und Jaquet[8]) anführte, die behufs möglichster Ausschaltung aller etwaigen individuellen Einflüsse und behufs Vermeidung jeglicher Tendenzmöglichkeiten ihre Experimente an Tieren angestellt hatten. Sie hatten Kaninchen unter vollkommen gleichen sonstigen Verhältnissen, insbesondere unter peinlich beobachteter Gleichheit der Fütterungsbedingungen in Basel und in Davos auf ihr Blut untersucht. Der Erfolg war der, dass sowohl die 11 Baseler als auch die 9 Davoser Tiere völlig gleiche Verhältnisse in der Blutbeschaffenheit aufwiesen: 1) war die Gesammtmenge des Blutes gleich, 2) die Zahl der roten Blutkörperchen, 3) der Prozentsatz an Haemoglobin.

Diese Versuche als Beleg herbeizuziehen für die Behauptung, dass Tiefland und Hochgebirge an sich auf die Blutbeschaffenheit gleichermassen wirken sollen, erkläre ich darum für verfehlt, weil eben die Fütterungsbedingungen bei beiden Gruppen absolut die gleichen waren; d. h. mit anderen Worten: die Davoser Kaninchen hatten in Anbetracht des im Hochgebirge beschleunigten Stoffwechsels und des damit gesteigerten Fressbedürfnisses hungern müssen im Vergleiche zur Baseler Gruppe. Dass die in Davos untersuchten Kaninchen trotz aller relativen Unterernährung dennoch die gleichen Blutverhältnisse aufwiesen, wie die Baseler Gruppe, das lässt doch zum mindesten die Schlussfolgerung aufkommen, dass speziell dem Hochgebirgsklima ein Einfluss und zwar ein direkter beizumessen sei. Die Forscher, welche diese Richtung vertreten, weichen in ihren theoretischen Schlussfolgerungen allerdings wesentlich von einander ab: Grawitz erklärt die Vermehrung der roten Blutkörper im Hochgebirge für eine „scheinbare“ oder insofern „relative“, als im Hochgebirge infolge der rascheren Verdunstung das Blut eintrockne und deshalb eine Vermehrung der Blutbestandteile vortäusche. Zuntz und Schumburg vermuten eine Verengerung der Arteriolen und damit eine Vermehrung der Blutkörperanzahl in den zugänglichen Gefässen, welche einzig und allein auf gewisse Nervenreize des Hochgebirges zurückzuführen sei, wie: Insolation, Belichtung, gesteigerte Verdunstung, Wind etc.. Miescher und seine Schule konstatieren, dass die dünne Luft des Hochgebirges eine Neubildung der Erythrozyten und des Haemoglobins notwendig mache, um dem erhöhten Sauerstoffbedürfnisse des Organismus zu genügen. Meissen und seine Assistenz finden diese Vermehrung nur im Kapillarsystem und zwar nur bei Phthisikern und erklären diese Beobachtungsresultate als chronische Stauung im kleinen Kreislaufe, weil ein mehr oder weniger ausgedehnter Teil der Lunge durch den Krankheitsprozess fürs Blut unwegsam geworden sei. Eine direkte Widerlegung erfuhr diese Behauptung durch Egger, der nachwies, dass im Blute der grösseren Arterien dieselbe Veränderung vor sich gehe, wie in den Kapillaren.

Uns fehlt übrigens bisher der Nachweis dafür, dass in analogen Fällen der Unwegsamkeit anderer Organe — etwa der Leber — solche Ueberfüllungen des Kapillarsystemes vorkommen; wohl aber haben die fortgesetzten Arbeiten der verschiedenen Forscher mit der Zeit bestätigt, dass die Schwere der vorhandenen Lungenafektion und die Anzahl der roten Blutkörper in direkt proportionalem Verhältnisse zu einander stehen, wie solches schon oben erwähnt wurde. Daher auch die enorme Vermehrung der roten Blutkörperchen gerade bei bestehenden pleuritischen Verwachsungen, welche Meissen und Schröder lediglich durch die angebliche Unwegsamkeit von Blutbahnen erklären wollen. Mehr noch als andere Krankheitsprozesse werden ausgiebige Verwachsungen der Pleura die Lunge in ihrer Bewegung stören, und diese Unbeweglichkeit verhindert den Organismus, mit jedem Atemzuge die erforderliche Sauerstoffmenge zu acquirieren; er schafft sich also sein Aequivalent in der rapiden Vermehrung der Erythrocyten, d. h. in dem Flächenzuwachse seines Sauerstoffspeichers. Ja, jede Beeinträchtigung der Atmungsarbeit überhaupt, die Verminderung der Sauerstoffzufuhr als solche scheint mir entscheidend zu sein für Intensität und Tempo des Vermehrungsprozesses, wobei es auf das Vorhandensein der Phthise gar nicht ankommt. Als ein schlagender Beweis gegen die Meissen'sche Theorie von Ueberfüllung des Kapillarsystemes — muss die Tatsache angesehen werden, dass, wie ich an 21 Asthmatikern beobachtete, letztere mit die höchsten Maxima an Blutkörpervermehrung erreichten. Unter diesem Gesichtswinkel betrachtet, gehören die Asthmatiker bei einer Dreiteilung der Patienten in meiner graphischen Darstellung pag. 288 zu der Gruppe der „Schwerkranken“.

---

[7]) G. Schröder. Mitteilungen über die neue vom Luftdrucke unabhängige Zählkammer für Blutkörperchen. Münch. med. Wochenschr. 1898. Nr. 42.

[8]) A. Jaquet und F. Suter. Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge. Corresp.-Bl. f. Schweizer-Aerzte. 1898.

War die Aufmerksamkeit einmal auf die eben besprochene Tatsache gelenkt, so lag es nahe, mit Hilfe des Spirometers die Lungenkapazität mit der gegebenen Blutkörperzahl und mit dem Haemoglobingehalt des betreffenden Individuums -- zu vergleichen. Die von K ü n d i g in dieser Hinsicht bereits begonnenen Vergleichsversuche wurden von mir fortgesetzt und an allen Patienten ausgeführt, die überhaupt der Blutuntersuchung unterzogen wurden. Die graphische Darstellung zeigt die Ergebnisse dieser Prüfungen zusammen mit den übrigen Resultaten meiner Versuche. Bei sämmtlichen zur Untersuchung gelangten Fällen ergab sich, ohne dass ein Ausnahmefall zu verzeichnen gewesen wäre, dass die Blutkörperzahl umso grösser wurde, je weniger der Patient auf dem Spirometer blasen konnte.

ZAHL D. BLUTKÖRP.	HAEMOGL.		SPIROMETER
8000000	160	%	500 — 1000
7500000	150	%	
7000000	140	%	1000 — 2000
6500000	130	%	
6000000	120	%	2000 — 3000
5500000	110	%	
5000000	100	%	3000 — 4000
4500000	90	%	
4000000	80	%	
	LEICHTE / MITTLERE	SCHWERE	

Ich muss hinzufügen, dass ich einer ganzen Reihe von Kranken geradezu systematischen Unterricht im Benutzen des Spirometers geben musste, bis ich die Resultate gelten lassen konnte. Denn ein beträchtlicher Teil der Patienten – zumal Frauen — handhabten das Spirometer resp. ihre Lungen zu Beginn der Versuche mit einer geradezu unwahrscheinlichen Ungeschicklichkeit.

Halten wir auch als Tatsache fest, dass die Anzahl der roten Blutkörper in direkt proportionalem Verhältnisse steht zur vorhandenen Verminderung der Atmungsfähigkeit unserer Organe, — gleichgiltig, ob solche bedingt ist durch Verdichtungen, durch Cavernen, durch Verwachsungen oder schliesslich durch Asthma, — so bleibt immer noch die Frage offen: ist die Blutkörperzahl nicht, abgesehen von jeglicher Lungenerkrankung, direkt abhängig von der H ö h e ü b e r d e m M e e r e s s p i e g e l? Wir sehen, dass wir den Vergleich zwischen dem Blutbefunde eines im Tieflande und eines im Hochgebirge lebenden Individuums — ceteris paribus — garnicht machen können; die cetera sind eben nicht paria mit dem Augenblicke, da der Organismus im Hochgebirge einem ganz anderen Stoffwechseltempo unterworfen ist und somit ein gesteigertes Bedürfniss an Nahrungszufuhr äussert, wie wir es mit den entsprechenden Erscheinungen im Tieflande garnicht vergleichen können. Sollte dementsprechend die Beobachtung, dass auch das gesunde [9]) Individuum mit der Uebersiedelung ins Hochgebirge sein Blut verändert, lediglich auf der veränderten Ernährung beruhen? Solches ist nämlich von S c h a u m a n n und R o s e n q u i s t [10]), W o l f f [11]), R a d o v i c i [12]) u. A. als unumstössliche Tatsache an Gesunden resp. an Tieren festgestellt worden.

Den Einfluss der verbesserten Ernährungsverhältnisse auf die Blutzusammensetzung wird ja wohl keiner in Abrede stellen wollen; wie aber erklären wir uns die Tatsache, dass die Vermehrung der Erythrocyten sofort mit dem Aufstieg des Individuums ins Hochgebirge beginnt, d. h. ehe noch überhaupt von veränderter Ernährung die Rede sein kann?

Es scheint mir gleichgiltig zu sein, ob die besprochene Veränderung des Blutes stattfindet durch die Einwirkung der Hochgebirgsluft direkt aufs Blut oder aber durch die Ueberernährung des Organismus in dieser Luft, d. h. das durch sie angeregte Plus an Nahrungszufuhr. Ich möchte an dieser Stelle nur betont wissen, dass die vielen bisherigen Arbeiten, Forschungen und Streitigkeiten immerhin zu Tage gefördert haben, dass die Vermehrung der roten Blutkörperchen bei vorhandenen Lungenaffektionen nach Massgabe der gegebenen Verhältnisse nicht nur als physiologische Tatsache beobachtet wird sondern, dass diese Erscheinung auch ihre therapeutische Bedeutung hat.

Mit dem Zeitpunkte, da unsere heutigen Verhandlungen ein aktuelles Stadium erreichen sollten, wird der erste praktische Schritt, die Acquisition eines entsprechenden Areales für die künftige Heilstätte geschehen sein; bei Zeiten möchte ich darauf Nachdruck gelegt wissen, dass die Lage dieses Grundstückes so gewählt werde, wie sie die grösst mögliche Blutkörpervermehrung gewährleisten könnte. Da wir aber für diese erwünschte Blutveränderung nicht gleich einer Höhenlage von 3000 Fuss bedürfen sondern beobachtet wird, dass sie bei jeder Erhebung über den Meeresspiegel gradatim wächst, so würde ich mich dafür erklären, dass die entscheidenden Personen resp. Kommissionen bei der Auslese des für die neue Heilstätte geeigneten Ortes auch die meteorologisch und klimatisch wichtigen Bedingungen ins Auge fassen, soweit dieses unsre heimatlichen Verhältnisse irgend gestatten. Zum Mindesten werden wir gut tun, unser Augenmerk auf alles zu richten, was für eine Stoffwechselbeschleunigung in Betracht kommen kann und damit die spontane Vergrösserung der Nahrungszufuhr bezwecken könnte.

Der 29. Balneologen-Kongress.

Bericht von Dr. M a x H i r s c h, Arzt in Bad Kudowa

Der Balneologen-Kongress tagte zum 29. Male vom 5. bis 9. März und zwar dieses Mal in Breslau, weil mit dem Kongress die Enthüllung des von der Balneologischen Gesellschaft gestifteten Denkmals für H e r m a n n B r e h m e r verbunden war. Das Denkmal, welches in Ueberlebensgrösse aus Muschelkalk auf einem hohen Sockel von gleichem Material von Hrn. Bildhauer B e c h e r in Berlin, dem Sohne des unlängst verschiedenen Vorsitzenden der Berliner Aerztekammer Geheimrat Dr. B e c h e r, hergestellt wurde und von dem neugewählten ersten Vorsitzenden der Balneologischen Gesellschaft Geheimrat Prof. Dr. B r i e g e r-Berlin der Stadt Bres-

---

[9]) A. K ü n d i g. Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge bei Gesunden und Lungenkranken.

[10]) S c h a u m a n n und R o s e n q u i s t. Die Natur der Blutveränderungen im Höhenklima. Zeitschr. f. klin. Med. 35 Bd. Berlin. Schumacher 1898.

[11]) W o l f f. Ueber den Einfluss des Gebirgsklimas auf den gesunden und kranken Menschen. Wiesbaden, 1895.

[12]) R a d o v i c i. Le climat des altitudes dans le traitement de la Phthisie pulm. Action spéciale excercée sur l'hématopoiesie par l'air varéfié des altitudes. Paris, 1898.

lau übergeben wurde, fand seinen Platz vor dem Wenzel-Hanckeschen Krankenhause in Breslau, das in Zukunft auch in der Hauptsache der Behandlung der Lungenkrankheiten dienen soll.

Der wissenschaftliche Teil des Kongresses umfasste das grosse Programm von 32 Vorträgen mit daran anschliessenden oft regen Diskussionen.

Hr. v. Strümpell-Breslau sprach über die Anwendung der Glühlichtbäder bei Bronchialerkrankungen und hob besonders ihren Wert bei der chronischen Bronchitis sowie bei dem Asthma bronchiale hervor. Als besonderes Charakteristikum der Glühlichtbäder rühmte er ihre schweisstreibende Wirkung, die aber den Organismus nicht so belästige wie die anderen schweisserregenden Prozeduren. Trotzdem empfiehlt Vortr. die grösste Vorsicht in der Anwendung der Glühlichtbäder bei Herz- und Gefässerkrankungen besonders älterer Leute, namentlich mit Rücksicht darauf, dass sich hinter dem Bilde einer chronischen Bronchitis oft Aneurysmen und Coronarsclerosen versteckten. Während der Behandlung mit Glühlichtbädern empfiehlt Vortr. möglichste Ruhe und günstige hygienische Verhältnisse, sodass die Kur am besten in Sanatorien oder Badeorten vorgenommen werden soll. In der Diskussion empfiehlt Hr. Winternitz-Wien zu dem Glühlichtbade erregende Umschläge hinzuzufügen und Hr. Rotschild-Soden die Schilling'sche Röntgenbehandlung, vor der jedoch Hr. Kraft-Görbersdorf direkt warnt. Hr. Brieger-Berlin betont die Wichtigkeit der Kombination des Kältereizes mit dem Wärmereiz wie jeder therapeutischen Prozedur, besonders beim Asthma.

Hr. Determann-St. Blasien bespricht die Beeinflussung der menschlichen Blutviscosität durch das Höhenklima. Er untersuchte dieselben Personen in Freiburg (280 m.) und in St. Moritz (1340 m.) und fand eine durchschnittliche Erhöhung der Viscosität. Diese Resultate entsprechen auch den Forschungen über die Blutveränderungen im Hochgebirge, wonach die Zahl der roten Blutkörperchen zunimmt. Die Eiweisuntersuchungen, die Vortragender im Blute vornahm, sind noch nicht abgeschlossen. Es scheint aber, dass die Globuline für die Viscosität von grösster Bedeutung seien.

Hr. Ziegler-Breslau sprach zur Behandlung der Anaemie. Er betont, dass die Prinzipien jeder Therapie nach krankheitsätiologischen Gesichtspunkten für die verschiedenen Formen der Anaemie nur in beschränktem Masse durchführbar seien, d. h. soweit sie eben durch bekannte Schädigungen herbeigeführt sind. Sie sind nicht möglich bei den sogenannten primären Anaemien, besonders der Chlorose und der progressiven perniziösen Anaemie. Die Wirkung der symptomatischen Mittel zur Verbesserung der Blutbildung ist eine indirekte, bedingt durch die regenerativen Wachstumsäusserungen auf vorhergehende Schädigungen. Dies gilt für das Eisen und für das Arsen, wohl auch für die Bluttransfusion. Die Vermehrung der roten Blutkörperchen in der Höhenluft scheint nur eine scheinbare zu sein, bedingt durch den Wasserverlust des Blutes, zum Teil vielleicht auch durch raschere Reifung der roten Blutkörperchen. Röntgenbestrahlung hält er zur Behandlung der Anaemien für ungeeignet. Zur Kontrolle der therapeutischen Beeinflussung ist nicht nur die quantitative sondern auch die qualitative funktionelle Untersuchung des Blutes nötig. Diagnostisch wichtig und prognostisch günstig ist das Auftreten der Normoblasten und polychromatophilen Erythrocyten. An diesen Vortrag schloss sich eine sehr grosse Diskussion, bei der besonders die Bemerkung von Hrn. Kraft-Görbersdorf hervorgehoben sei, dass Arsen in kleinen Dosen gut wirke, in grossen dagegen schlecht. Hr. Ziegler hält die Wirkung des Arsens für ähnlich der der kleinsten Aderlässe, indem kleine Arsengaben die Blutkörperchen zerstören bezw. vermindern und dann zur Neubildung energischer anregen, wobei aber mehr Blutkörperchen neu gebildet werden als durch den therapeutischen Prozess zerstört wurden.

Hr. Küstner-Breslau behandelte Grenzgebiete der orthopädischen und operativen Therapie der Gynäkologie. Bei den Retroflexionen des Uterus müsse man recht früh die orthopädische Behandlung in Anwendung bringen und zwar die Aufrichtung und Festhaltung mit dem Pessar, solange der Uterus noch beweglich ist. Sowie er fixiert ist, kommen stumpfe Trennung der Adhäsionen sowie Massage in Frage. Von operativen Fixationen empfiehlt er diejenigen, welche nach der Laparotomie gemacht sind, da nach vaginalen Operationen sich zuviel Komplikationen einstellen. Diese Behandlungsmethoden sind aber nur dann anzuwenden, wenn keine akuten Entzündungsprozesse mehr bestehen. Zum Schlusse betont Vortr. den Wert des Turnens und Sports bei Frauen und Mädchen, sowie die Notwendigkeit einer Reformierung der Kleidung und eine sorgfältige Wochenbettsdiätetik, deren wichtigster Punkt der sei, die Wöchnerinnen nicht zu lange im Bett liegen zu lassen.

Hr. Kisch jun.-Marienbad bespricht die spastische Obstipation. Nach eingehender Schilderung der Literatur über diesen Gegenstand teilt er seine eigenen Erfahrungen mit und empfiehlt Ruhekuren in Verbindung mit systematischer Darreichung von Atropin und Belladona, daneben Wärmeanwendung und geeignete Ernährung. Von diesen Prozeduren hat er Dauererfolge beobachten können. In der Diskussion hebt Hr. v. Chlapowski-Kissingen den Wert der Magenausspülung in solchen Fällen hervor, deren Wirkung zwar nicht erklärt sei, aber doch nicht abgeleugnet werden darf. Hr. Jacob-Kudowa empfiehlt in solchen Fällen grosse Eingiessungen, weil die spastische Obstipation oft ihre Ursache in inneren Darmeinklemmungen habe.

Hr. Rosenfeld-Breslau sprach zur Behandlung der Uratsteindiathese und empfiehlt die Darreichung der Fleischmenge zu vermindern. Er betont, dass auch das Fischfleisch sorgfältig dosiert werden müsse. Zucker und Alkohol sind ebenfalls zu vermeiden. Zur Behandlung empfiehlt er die innere Darreichung von Harnstoff, welcher die Harnsäure löst, sowie Glyzerin in grösseren Mengen gegen die Schmerzen.

Hr. Hahn-Nauheim sprach über das Thema Aderlass und Kreislaufstörungen. Er ist der Ansicht, dass der Aderlass sich sehr gut dazu eigne, dass Gefässsystem zu entlasten, besonders wenn der Lungenkreislauf überlastet sei. Dabei findet auch eine Abnahme der Viscosität des Blutes statt und eine Verminderung des Widerstandes in den Gefässbahnen. In der Diskussion empfiehlt Hr. Selig-Franzensbad den Aderlass bei Arteriosklerose sowie Hr. Jacob-Kudowa bei Lungenödem.

Hr. Gmelin-Wyk erörterte die Indikationen des Nordseeklimas, das vom Höhenklima sehr verschieden sei und für die Prophylaxe der Tuberkulose eine Bedeutung habe. Auch bei Skrofulose, manchen Formen von Anaemie und vielen Nervösen ist das Seeklima sehr zu empfehlen.

Hr. Uhthoff-Breslau demonstrierte einen 15-jährigen Patienten mit abnormer Fettentwickelung und temporaler Hemianopsie, die ihre Ursachen in einer Vergrösserung der Hypophysis haben.

Hr. Partsch-Breslau bespricht die Schwellung der Halslymphdrüsen, die auf dem Wege der Lymphbahnen Infektionskeime in sich aufnehmen. Die Zahncaries ist bald nach dem Schwund des Schmelzes im Stande, Tuberkelbazillen in die Lymphdrüsen hineinwandern zu lassen. Die einzelnen Zähne stehen mit ganz bestimmten Drüsen aus der Gruppe der Submaxillares und Submentales im Zusammenhang. Für die Therapie der Drüsenschwellung empfiehlt er die Anwendung von Wärme.

Hr. Jacob-Kudowa sprach über nervöse Herzkrankheiten, bei denen er drei Arten unterscheidet, je nachdem die Ernährung des Herzens mangelhaft ist oder chronische Entzündungen bestehen oder der Nervus vagus gereizt war. Therapeutisch empfiehlt er Morphium und Brom in den akuten Anfällen: für die chronischen Stadien Wasserkuren, kohlensaure Bäder und rationelle Gymnastik.

Hr. Fisch-Franzensbad erörterte die Balneotherapie der durch Stoffwechselstörungen bedingten Herz- und Gefässerkrankungen, unter denen Diabetes, Gicht, Fettsucht und Unterernährung eine grosse Rolle spielen. Die Balneotherapie, im Verein mit physikalischen und diätetischen Behandlungsmethoden kann, wie Vortragender an einer Reihe von Fällen nachweist, gute Erfolge herbeiführen.

Hr. Selig-Franzensbad sprach über Sport und Herz. So sehr auch vom ärztlichen Standpunkte aus die unbedingten Vorzüge des vernünftig betriebenen Sportes anerkannt werden müssen, ebenso kann nicht eindringlich genug vor Rekordleistungen gewarnt werden, welche ein Attentat gegen die Gesundheit, besonders gegen das Herz bedeuten. An erster Stelle steht da das Radfahren, dessen Uebertreibung in den letzten Jahren der deutschen Armee eine Viertelmillion Wehrpflichtiger entzogen hat. Die Schädigungen des Herzens bestehen in Myocarditis, Dilatation, Hypertrophie und nervösem Herzklopfen, letzteres besonders nach Tennisspiel bei blassen Mädchen in der Entwicklungsperiode.

Hr. Nenadovicz-Franzensbad bespricht die Trinkkur bei Herzkranken. In der Diskussion über die vier, das Herz angehenden Vorträge war das Hauptinteresse dem Vortrage von Hr. Selig zugewandt. Besonders betonte Hr. Partsch-Breslau die Schäden der Einseitigkeit im Sport und empfiehlt, das Turnen mehr in den Vordergrund zu stellen. Hr. Determann-St. Blasien sowie Hr. Kraft-Görbersdorf schliessen sich ihm an.

Hr. Siebelt-Flinsberg teilt die Erfahrungen mit der Vibrationsmassage mit, die er in den letzten 10 Jahren bei zahlreichen Kranken zur Anwendung gebracht hat. Er sah namentlich gute Erfolge bei Herzkranken: Die von anderen Beobachtern mitgeteilten Verkleinerungen der linken Kammern an dem durch einen wirklichen Herzfehler vergrösserten Herzen konnte er zwar nicht bestätigen; jedoch stimmte er mit anderen darin überein, dass die Beschwerden, soweit sie

in Pulsbeschleunigung, Kurzatmigkeit u. s. w. bestehen, ausserordentlich günstig beeinflusst werden. Das gleiche ist von dem Heere der nervösen Herzbeschwerden zu berichten. Gutes leistete die Methode auch bei manchen Neurosen, wie Migräne, indem namentlich die Kopfschmerzen zum Schwinden gebracht werden.

Hr. Diesing-Berlin bespricht die Indikationen des Thiopinolbades. Nach kurzen Angaben über die Geschichte der Verwendung des Schwefels als Heilmittel giebt Vortragender eine neue Theorie der Schwefelwirkung auf Grund seiner Untersuchungen über schwefelhaltige Hautpigmente, Serumfarbstoff und Haemoglobin. Er plädiert für die Bildung des Blutfarbstoffs aus den Hautpigmenten. Praktische Versuche haben die Wirksamkeit des Thiopinols, einer eigenartigen Schwefel-Terpenverbindung bei Syphilis, Gicht, Rheumatismus, Gonorrhoe und Frauenkrankheiten ergeben. In der Diskussion betont Hr. Laqueur-Berlin, dass Schwefelsäure im Thiopinalbade resorbiert würde, wobei aber Hr. Brieger-Berlin hervorhebt, dass es sich bei der Resorption nur um ganz geringe Mengen handele.

Hr. Fuerstenberg-Berlin spricht zur hydriatischen Behandlung der rheumatischen Erkrankungen und empfiehlt den Winternitz schen Longuettenverband, wie ihn Brieger modifiziert hat und der eine wertvolle Bereicherung des physikalischen Heilschatzes bedeutet. An einer Reihe von Krankengeschichten giebt Vortragender einen klaren Ueberblick über den Wert der Longuetten und anderer hydriatischer Behandlungsmethoden, welche die Salicyltherapie oft überflüssig machen.

Hr. Goebel-Breslau sprach über Rektumstrikturen und ihre Behandlung.

Hr. Tobias-Berlin teilt seine Erfahrungen mit dem Vierzellenbad mit und warnt vor übertriebenen Hoffnungen. Dagegen hat er mit dem Vierzellenbad doch bei richtiger Anwendung eine grosse Reihe von guten Erfahrungen gemacht. Von Wichtigkeit ist eine präzise Indikationsstellung, ferner die Anwendung nicht zu starker Ströme, endlich ist es unbedingt erforderlich, dass der Arzt selbst und nicht etwa das Wärterpersonal die Applikation leitet. Zu empfehlen ist das Verfahren für Nervenleiden (chronische Neuralgien, allgemeine nervöse Zustände), sowie Herzkrankheiten, und zwar nur Herzmuskelstörungen, rechtsseitige Dilatation und nervöser Art. Dem Einfluss der ausschliesslich suggestiven Beeinflussung tritt Vortr. entschieden entgegen.

Hr. Zikel-Berlin bespricht eine Reihe wirksamer Badekuren.

Hr. Moeller-Berlin teilte die ersten Brehmerschen Prinzipien in der Behandlung der Lungentuberkulose mit und wies auf die grossen Verdienste hin, die sich Brehmer in der Behandlung der Lungentuberkulose erworben hat. Brehmer war der erste, der den Satz aussprach, dass die Lungentuberkulose heilbar sei, wenn nur die hygienischen Bedingungen gute wären, unter denen der Kranke leben müsse. Aus diesem Grunde empfahl er den Aufenthalt in guter Gebirgsluft, gute Ernährung, eine Reihe von hydrotherapeutischen Massnahmen und schliesslich eine geeignete bezügliche Behandlung.

Hr. Tietze-Bresslau, der die letzten Lebensstunden Brehmers als sein behandelnder Arzt zu beobachten Gelegenheit hatte und eine ergreifende Schilderung über den Lebensabschluss dieses grossen Wohltäters der Menschheit brachte, erörterte die chirurgische Behandlung der Tuberkulose im Kindesaltern die durch die Arbeiten von Brehmer, sowie durch die Mikulicz'sche Jodoforminjektionen einen konservativen Charakter angenommen hat. Aus dem Vortrage ergab sich die Notwendigkeit besondere Kinderheilstätten für Tuberkulose zu errichten.

Hr. Kraft-Görbersdorf behandelte die Röntgendiagnostik bei Lungenerkrankungen und wies auf die grossen Schwierigkeiten sowie auf die Fehlerquellen hin, die der Röntgendiagnostik anhafteten. Besonders wichtig erschien Vortr. die Röntgendiagnostik in der Beurteilung der Tuberkulose der Bronchialdrüsen.

Hr. Stabsarzt Riedel-Berlin machte das aktuelle Thema von der künstlichen Radiumemanation zum Gegenstand seines Vortrages. Er macht in kritischer Weise auf die verschiedenen Fehlerquellen aufmerksam, die den Messmethoden anhaften und die sich dadurch, dass man dabei noch viel umrechnen müsse, wesentlich vervielfachen. Von den einzelnen Präparaten giebt er dem Radiogen den Vorzug vor dem Emanosal. Besonders wichtig war in dem Vortrag die scharfe Kritik der vorhergehenden Arbeiten auf diesem Gebiete, bei denen mitunter die Voreingenommenheit ein anderes Bild lieferte. Vortr. konnte die von vielen Seiten angegebene Ausscheidung von Emanation im Harn nicht bestätigen und stimmte auch in der Behandlung nicht den von verschiedenen Seiten angegebenen Erfolgen bei, trotzdem er an über 100 Patienten sehr sorgfältige Beobachtungen gemacht. In der Diskussion betonte Hr. Wick-Gastein die Radioaktivität der Gasteiner Quellen. Hr. Laqueur-Berlin verteidigte das Emanosal, während Hr. Winternitz-Wien vor den übereilten Schlüssen bei einer so difficilen Materie warnte.

Hr. Loewenthal-Braunschweig sprach über den sogenannten Brunnenrausch, der in der älteren balneologischen Literatur eine grosse Rolle spielte, jetzt aber weniger bekannt sei. Er hält den Brunnenrausch für eine nervöse Störung, die durch die Kohlensäure und andere gasartige Stoffe veranlasst werde, zumal die Kohlensäurevergiftung ein ähnliches Bild gebe wie der Brunnenrausch. Die Aufforderung des Vortragenden, an den geeigneten Plätzen die Frage des Brunnenrausches eingehender zu studieren, dürfte wohl auf fruchtbaren Boden fallen, zumal die dazu notwendigen Apparate nicht gerade kompliziert genannt werden können.

Hr. Hinsberg-Breslau berichtet über Fälle von Kehlkopftuberkulose, bei denen eine Heilung dadurch eintrat, dass der Kehlkopf durch Tracheotomie vollkommen ruhig gestellt wurde. Er betont aber, dass man durch diesen Eingriff nicht in jedem Falle bestimmt auf Erfolg rechnen dürfe, sondern dass man die Fälle sorgfältig auswählen müsse. In der Diskussion sprachen Hr. Rothschild-Soden sowie Hr. Joel-Görbersdorf für die Allgemeinbehandlung der Tuberkulose, auch wenn sie den Kehlkopf nur lokal befallen hat.

Hr. Brieger-Breslau behandelte das Thema von dem Verhältnis der Balneologie zur Ohrenheilkunde und hob hervor, dass bei den Ohrenkrankheiten die lokale Behandlung die balneotherapeutische in den Hintergrund drängte. Jedoch empfiehlt er die rezidivierenden akuten Mittelohrentzündungen des Kindesalters durch klimatische Kuren an der See oder im Hochgebirge zu behandeln, dagegen weniger in den Soolbädern. Die Wirkung aber wird dadurch sicherer, dass vorher die prädisponierenden Zustände im Nasenrachenraum beseitigt werden. Besonders erfolgreich sind solche Kuren bei der latenten Tuberkulose des Mittelohrs. Jodhaltige Soolbäder zeigten einen besonderen Erfolg bei Kranken, bei denen die Mittelohreiterungen sich im Anschluss an atrophierende Prozesse in den oberen Luftwegen entwickeln.

Hr. Guhr-Tatra-Szeplak teilte seine Erfahrungen über die Basedowsche Krankheit im Hochgebirge mit, auf die Stiller im Jahre 1888 hingewiesen hat. Interessant ist die Beobachtung, dass die Grösse der Schilddrüse den Beschwerden nicht parallel geht. Vortragender warnt vor Entfettungskuren, wenn sich mit der Basedow'schen Krankheit Fettsucht als Komplikation verbindet und empfiehlt ausser der Höhenluft Ruhe, Liegekuren und Diätkuren, Lanzi'sche Milch, kohlensaure Bäder, Galvanisation, Massage und Vibration. In der Diskussion spricht Hr. Jacob-Kudowa für Arsen, während Hr. Hirsch-Kudowa darauf aufmerksam macht, dass man doch mit verschiedenen Formen von Basedow'scher Krankheit rechnen müsse, von denen die eine auf Höhenluft, die andere auf Arsen, wieder andere auf Jod reagierten. Für die letzten Formen empfielt er die Frankenhäuserche Jontophorese mit den von demselben Autor eingeführten improvisierten lokalen Elektroden.

Zum Schlusse teilte Hr. Hirsch-Kudowa die Erfahrungen mit, welche in der Hydrotherapeutischen Anstalt der Berliner Universität mit der diätetischen und physikalischen Behandlung der Gicht gemacht wurden. In der Ernährung empfiehlt er nicht so rigoros vorzugehen wie es mitunter geübt wird, wenn man auch Fleisch, Alkohol und Zucker bei Gichtikern einschränken soll. Zur Entfernung der Harnsäure aus dem Körper empfielt er eine reichliche Flüssigkeitsaufnahme, um eine vermehrte Harnabsonderung zu erzielen. Für die Beseitigung der gichtischen Disposition empfehlen sich Schwitzprozeduren, Bewegung und namentlich Sport. Gegen den akuten Gichtanfall bewähren sich am besten erregende Umschläge und Longuettenverbände, besonders in der Brieger'schen Modifikation. Die chronischen Gelenkveränderungen sind am besten mit Massage, Gymnastik und warmen Prozeduren wie Moorbädern, Heissluftbädern und vor allem mit dem Dampfstrahl zu behandeln.

Von den Demonstrationen, die gelegentlich des Kongresses stattfanden, erfreuten sich eines grossen Beifalls vor allem die zahlreichen interessanten Fälle, die durch Geheimrat Prof. v. Strümpell in seiner Klinik vorgeführt wurden und die mitunter durch ihre scharfsinnige Diagnose und glücklich gewählte Therapie frappierten. Viel Interesse erregte auch das städtische Wasserwerk, das mit grossen Naturschwierigkeiten zu kämpfen hatte, und schliesslich die Milchküche, die vorbildlich wirken dürfte. Den Schluss des Kongresses bildete ein Ausflug nach Görbersdorf, wo des genialen Brehmer wunderbare Schöpfung durch die sachkundige und liebenswürdige Führung von Prof. Kraft, Chefarzt der Brehmerschen Heilanstalten, das Interesse des Restes der Kongressteilnehmer aufs Höchste fesselte. Die Aufnahme in Breslau war eine ausserordentlich entgegenkommende, so

dass auch dieser Kongress seinen Teilnehmern in steter angenehmer Erinnerung bleiben dürfte.

Infolge der schweren Erkrankung ihres bisherigen ersten Vorsitzenden, des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Liebreich trat durch fast einstimmige Wahl an seine Stelle Geheimrat Prof. Dr. Brieger, Leiter der Hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin. Stellvertretende Vorsitzende wurden Hofrat Prof. Dr. Winternitz-Wien, Geheimrat Dr. Schliep-Baden-Baden, Geheimrat Dr. Thilenius-Soden, Geheimrat Dr. Weizsäcker-Wildbad und Prof. Dr. Kisch-Marienbad. Zum Generalsekretär wurde Geheimrat Dr. Brock-Berlin, einer der wenigen noch lebenden Mitbegründer der Balneologischen Gesellschaft, wieder gewählt, zu dessen Unterstützung Dr. Hirsch-Kudowa zum Sekretär ernannt wurde.

Geheimrat Prof. Dr. Liebreich wurde zum Ehrenvorsitzenden der Balneologischen Gesellschaft ernannt, die Herren Geheimrat Prof. Dr. v. Strümpell-Breslau, Regierungs- und Geheimer Medizinalrat Dr. Telke-Breslau und Geheimrat Dr. Brock-Berlin zu Ehrenmitgliedern.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Adolf Schmidt: Die Funktionsprüfung des Darmes mittelst der Probekost. 2. Aufl. Wiesbaden. Bergmann. 1908. 81 Seiten.

Jedem praktischen Arzt, der «Verdauungskrankheiten» zu behandeln hat, ist vorliegende Broschüre zu empfehlen. Die rationelle Stuhluntersuchung nach der «Probekost», d. h. einer genau bekannten, leicht verdaulichen und überall leicht zu beschaffenden Kostform, ist in den letzten Jahren von allen Spezialärzten anerkannt und geübt worden. Die Einfachheit der Methode und die geringen Ansprüche, die an Zeit und technische Fähigkeiten gestellt werden, haben vermutlich ein Hauptverdienst an dem Erfolg der Methode.

Sehr wichtig für den Praktiker ist, dass Schmidt nach Besprechung der Diagnose, soweit sie aus der Beschaffenheit der Faeces zu stellen ist, in kurzen Worten die einzuschlagende Therapie präzisiert.

Die vorliegende Auflage ist etwas stärker im Umfang und um einige farbige Abbildungen reicher als die erste, welche 1905 in unserer Wochenschrift erwähnt worden ist.

O. Moritz.

Prof. D. Gerhardt (Basel): Ueber Anpassungs- und Ausgleichvorgänge bei Krankheiten. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. № 470. (Nach einer akademischen Antrittsvorlesung). 1908. Leipzig. Verlag von J. A. Barth.

In anschaulicher und fesselnder Weise schildert der Verfasser, wie nach Verlust oder Schädigung eines Organs oder eines Teiles desselben andere Organe oder deren Teile die Funktion der verloren gegangenen übernehmen, wodurch der dem Organismus zugefügte Schaden bis zu einem gewissen Grade ausgeglichen wird. Zum Teil geschieht das mit Beteiligung des Willens des betreffenden Individuums, zum grössten Teil aber spielen sich diese Vorgänge unbewusst und vom Willen unbeeinflusst ab. Zur ersteren Kategorie gehört z. B.: Einübung der linken Hand nach Verlust der rechten, Uebung und Verschärfung des Tastsinns nach Erblindung, des Gesichtssinnes nach Verlust des Gehörs. In die zweite Kategorie gehören alle die zahlreichen Ausgleichserscheinungen, die wir täglich an Kranken zu beobachten Gelegenheit haben, wie die kompensatorische Hypertrophie des Herzens bei Klappen- oder Gefässerkrankungen, bei Emphysem, bei Nierenleiden, Hypertrophie der zurückbleibenden Niere wenn die eine durch Krankheit zerstört oder durch Operation entfernt ist, Hypertrophie der Muskulatur der Speiseröhre, des Magens, des Darms oberhalb einer Stenose. Auch bei den Blutgefässen kommen kompensatorische Vorgänge zur Beobachtung, so z. B. die Entwickelung des Collateralkreislaufes und die Einrichtungen, die zur Regulierung des Blutdruckes dienen. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass der osmotische Druck des Blutes und der Gewebssäfte immer constant bleibt, da der Körper sich sowohl abnormer Mengen Wassers wie conzentrierter Salzlösungen bald entledigt, indem durch Darm, Nieren und Haut entsprechend conzentriertere Flüssigkeit ausgeschieden wird, oder die Muskulatur als Reservoir für conzentrierte und verdünnte Lösungen dient. Bei Ausfall der Tätigkeit des Magens übernimmt z. T. der Darm das Verdauungsgeschäft. Ebenso treten nach Ausschaltung von Darmpartien die zurückbleibenden Darmteile vicarierend ein. Mit einem Wort, die ausgleichende Tätigkeit lässt sich mehr oder weniger fast an allen Organen nachweisen, zum Teil sogar am Gehirn, wo z. B. bei Zerstörung des Sprachzentrums die früher zu diesem Zweck nicht benutzte Hirnhälfte die Funktion der erkrankten übernehmen kann. Es würde zu weit führen, wollten wir alle Beispiele, die Gerhardt zur Veranschaulichung des Anpassungs- und Ausgleichsvermögens in seinem interessanten Vortrag bringt, hier anführen. Zum Schluss erörtert Verf. die Frage, ob dieses Vermögen eine teleologische Auslegung zulässt oder nicht. Nach Abwägen der Gründe für und wider, scheint Verf. der teleologischen Auffassung zuzuneigen.

Fr. Dörbeck.

S. Unterberger (St. Petersburg): Zur Frage, betreffend die Sanitäts-Manöver in Russland. (Къ вопросу о санитарныхъ маневрахъ въ России). St. Petersb. 1908. 64 Seiten. Preis 65 Kop.

Der letzte Krieg mit Japan hat die Notwendigkeit weitgehender Reformen im Militärressort und zugleich auch das Bedürfnis einer radikalen Umgestaltung unseres Militär-Sanitätswesens in überzeugender Weise dargetan, wenn die russische Armee künftig allen Anforderungen im Kriege genügen soll. Von der Ober-Militär-Medizinalverwaltung ist daher auch, wie aus einer Zirkular-Vorschrift vom 8. Juni 1907 an die Bezirks-Medizinalverwaltungen zu ersehen, die Reform ihres Ressorts in Angriff genommen und bereits das Programm einer besseren Ausbildung der Militärärzte in Friedenszeiten für ihre Tätigkeit im Kriege ausgearbeitet worden.

In dem vorliegenden Büchlein hat nun Dr. Unterberger als langjähriger Militärarzt auf Grund der reichen Erfahrung, die er in Kriegen wie auch in wichtigen administrativen Stellungen (gegenwärtig als Korpsarzt des Gardekorps) gesammelt, seine Ansichten über eine zweckmässige Umgestaltung unseres Militär-Medizinalwesens dargelegt. Mit Recht fordert er als unumgängliche Bedingungen für eine erfolgreiche Reform des Militär-Sanitätswesens die Hebung des wissenschaftlichen Niveaus der Militärärzte, die Bildung eines selbständigen Sanitätskorps sowie Regulierung der Rechte und Verbesserung der materiellen Lage der Militärärzte. Nur unter diesen Voraussetzungen könne die notwendige Zahl von Militärärzten beschafft *) und das Militär-Sanitätswesen wesentlich gehoben werden, denn «nur dort, wo das medizinische Personal eine hohe Stellung einnimmt, steht auch das Sanitätswesen hoch». Nach einer eingehenden Schilderung der 5-tägigen französischen Sanitäts-Manöver (Kapitel II), denen Verf. im Herbst vorigen Jahres bei Dijon beigewohnt hat, befürwortet er im III. Kapitel die Einführung derartiger Mänöver in den Sommermonaten auch in Russland, zumal weder die üblichen militär-sanitärischen Spiele, noch die gebräuchlichen Winterbeschäftigungen mit den Trägern von Verwundeten auch nur im Entferntesten eine Vorstellung von den Verhältnissen einer modernen Schlacht geben können, welche seitens des Arztes grosse Findigkeit und Erfahrung bei der ersten Hülfeleistung und Evakuation der massenhaft Verwundeten erfordert. Ein besonderer Abschnitt ist den Erfahrungen, welche in bezug auf den Sanitätsdienst während des letzten russisch-japanischen Krieges gemacht worden sind, gewidmet. Da ferner die Aerzte bei der Ausübung des Sanitätsdienstes mit den einschlägigen Gesetzesvorschriften vertraut sein müssen, diese aber zerstreut im Militärkodex, Zirkularen, Tagesbefehlen etc. und daher nicht leicht aufzufinden sind, so hat sich Verf. noch der Mühe unterzogen, zum Schluss die wesentlichsten Vorschriften über die Mobilisation der Lazarette und die Organisation der ersten Hülfe auf den Verbandplätzen, mit stetem Hinweis auf die betreffenden Gesetzesparagraphen, zusammenzustellen. Eine vergleichende Tabelle der Sanitätsmittel eines Regiments- und eines Divisions-Lazaretts, sowie eine zweite mit einem Schema der Placierung der Verbandplätze einer im Kampfe befindlichen Inf.-Division sind dem nützlichen Büchlein beigefügt, das nicht allein eine beachtenswerte Schilderung der prekären Lage der Militärärzte bietet, sondern auch als ein gutes Hülfsbuch beim Militär-Sanitätsdienst dienen kann und daher namentlich den angehenden Militärärzten willkommen sein wird.

Bernhoff.

---

*) In der letzten Zeit fehlten in der Armee nicht weniger als 700 Aerzte.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Der Direktor und Chefarzt des St. Petersburger Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg, zugezählt der Eigenen Kanzlei Sr. Kaiserlichen Majestät für die Institutionen der Kaiserin Maria, Leibpädiater des Allerhöchsten Hofes, Geheimrat Dr. Rauchfuss, ist auf sein Gesuch von dem Posten des Direktors und Chefarztes des genannten Kinderhospitals enthoben worden, unter Belassung als Leibpädiater. — Zu seinem Nachfolger auf dem Posten des Direktors und Chefarztes des genannten Hospitals ist der bisherige Direktor und Chefarzt des St. Petersburger Elisabeth-Kinderhospitals und Konsultant für innere Krankheiten bei den Anstalten der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrat Dr. Russow, ernannt worden, unter Belassung als Konsultant an den genannten Anstalten.

— An dem internationalen Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose, welcher im September d. J. in Washington stattfindet, wird als Delegierter des Russischen Kriegsministeriums der Korpsarzt des Gardekorps, Ehrenleibmedikus Geheimrat Dr. Simon Unterberger, teilnehmen.

— Goldenes Doktorjubiläum. Vor kurzem beging der ordentliche Honorarprofessor an der Berliner Universität, Geh. Medizinalrat Dr. Edmund Rose, sein 50-jähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar war von 1867—1880 Professor der Chirurgie an der Universität Zürich (als Nachfolger Billroths) und wurde 1880 au seines früheren Lehrers Prof. Wilms Stelle zur Leitung der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Bethanien nach Berlin berufen und gleichzeitig zum ord. Honorarprofessor ernannt. Im Jahre 1882 übernahm er mit Lücke in Strassburg die Redaktion der 1875 gegründeten «Deutschen Zeitschrift für Chirurgie».

— Der Inspektor des Hofmedizinalwesens, Leibchirurg Geheimrat Prof. Dr. N. Weljaminow, ist auf 2 Monate ins Innere des Reiches beurlaubt worden.

— Der Chefarzt des Moskauer Militärhospitals Kaiser Peters I., wirkl. Staatsrat Dr. Nikolai Jakimow, ist zum Gehülfen des Militär-Medizinalinspektors des Warschauer Militärbezirks ernannt worden. An seine Stelle ist der gegenwärtige Chefarzt des Wilnaschen Militärhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. N. Schtschepotjew, nach Moskau übergeführt worden.

— Der Gehülfe des Militär-Medizinalinspektors des Warschauer Militärbezirks Dr. Protopopow ist auf seine Bitte mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrat.

— Der stellvertretende ältere Assistent der therapeutischen Abteilung des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Staatsrat Dr. Westenriek, ist in diesem Amte bestätigt worden.

— Der Assistent des St. Petersburger Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg Dr. Blacher ist dem «Reg.-Anz.» zufolge auf sein Gesuch aus dem Dienst entlassen worden.

— Der Professor der Pathologie an der Universität Basel Dr. Ernst Hedinger erhielt einen Ruf an das Senckenbergische medizinische Institut in Frankfurt a/Main an Stelle des jüngst verstorbenen Professors Dr. Albrecht.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 21. Juni in Oserki bei Petersburg der frühere Chefarzt des hiesigen Nikolai-Militärhospitals, wirkl. Staatsrat Dr. Alexis Duschinkin, im 65. Lebensjahre. Nach Absolvierung der mediko chirurgischen Akademie i. J. 1866 begann er im nächstfolgenden Jahre seine ärztliche Tätigkeit als Ordinator am Militärhospital in Kasan, kehrte aber bald wieder nach Petersburg zurück, wo er auf zwei Jahre der Akademie behufs weiterer Vervollkommnung zukommandiert wurde. In dieser Zeit erlangte er die Doktorwürde und bekleidete dann verschiedene Stellungen im Militärressort: so war er 19 Jahre Arzt an der Petersb. Kommandanturverwaltung, dann Oberarzt des Preobrashenskischen Leibgarderegiments und zuletzt Chefarzt des St. Petersb. Nikolai-Militärhospitals. Ausserdem fungierte er als Arzt an verschiedenen privaten Institutionen, am längsten (25 Jahre) an der Pokrowschen Gemeinschaft barmherziger Schwestern. 2) In Pjatigorsk der dortige freipraktizierende Arzt Dr. W. A. Kobylin im Alter von 60 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1869 die ärztliche Praxis ausgeübt hat, war lange Zeit auch Präses der kaukasischen balneologischen Gesellschaft. Ausser sehr gründlichen Kenntnissen in der Balneologie und Syphilidologie, zeichnete sich der Verstorbene auch durch solche in der Anthropologie und Etnographie und durch eine sehr umfassende Allgemeinbildung aus. Die Kaukasischen Quellen hatte er in geologischer und medizinischer Beziehung aufs eingehendste studiert und verstand es bei diesbüglichen Beratungen seine kompetente Meinung in klarer und überzeugender Weise zum Ausdruck zu bringen. (D.). 3) Am 17. Mai in St. Petersburg der Ordinator am Kownoschen Militärlazarett Dr. Nikolai Iwanow im 37. Lebensjahre an einer bösartigen Phlegmone, die er sich in diesem Lazarett beim Oeffnen eines pyämischen Geschwürs zugezogen hatte. Obschon nach seiner Ueberführung aus Kowno in die chirurgische Hospitalklinik der militär-medizinischen Akademie eine energische Behandlung (Inzisionen, Injektionen von Streptokokkenserum, zuletzt Exartikulation des befallenen Armes im Schultergelenk) eingeleitet wurde, so erlag er doch am 17. Tage seinen Leiden. Der Hingeschiedene, welcher i. J. 1900 die militär-medizinische Akademie absolviert hatte, hinterlässt seine Frau mit drei unmündigen Kindern. 4) In Groizy (Gouv. Warschau) der dortige Kreisarzt Dr. Oskar Modl im Alter von 47 Jahren. In Lodz als Sohn des dortigen evangel.-lutherischen Pastors geboren, widmete er sich anfangs an der Warschauer, dann von 1885—89 an der Dorpater Universität dem Studium der Medizin. Nach Erlangung der Venia practicandi im Jahre 1893 war er zuerst Arzt in Warschau, dann in Lentschiza (Gouv. Kalisch) und in der letzten Zeit Kreisarzt in Groizy.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Bei der Wahl zur Besetzung des vakanten Lehrstuhl der Diagnostik mit propädeutischer Klinik an der Universität Charkow hat in der Fakultätssitzung keiner von den vier Kandidaten die erforderliche Stimmenzahl erhalten.

— An der Odessaer Universität hat sich der Ordinator des Odessaer Stadthospitals und Gehilfe des Leiters der dortigen bakteriologischen Station Dr. W. K. Stefanowski als Privatdozent für allgemeine Pathologie habilitiert.

— Von der Kiewer Universität ist ein Konkurs zur Besetzung des erledigten Lehrstuhls der operativen Chirurgie ausgeschrieben worden. Bewerber haben sich bis zum 1. September zu melden.

— Der Synod in Petersburg hat neuerdings wieder für nötig befunden, zu bekräftigen, dass der Besuch der höheren weltlichen Lehranstalten seitens orthodoxer Geistlichen, Diakonen und Mönche den unmittelbaren Aufgaben des geistlichen Berufs nicht entspricht und daher Personen geistlichen Standes in die Zahl der Studierenden der Universitäten und anderen Hochschulen nicht zuzulassen sind.

— Der seit einem halben Jahre vakante Lehrstuhl für Orthopädie an der Berliner Universität, den der verstorbene Prof. Hoffa inne hatte, ist nunmehr mit dem Privatdozenten Prof. Dr. Georg Joachimsthal wieder besetzt worden, der zum ausserordentlichen Professor und zum Direktor der Poliklinik für orthopädische Chirurgie ernannt ist. Es hiess eine Zeitlang, dass die Orthopädie als selbstständiges Fach an der Berliner Universität eingehen sollte, doch ist es den speziellen Fachkreisen gelungen, den Lehrstuhl Hoffas zu erhalten. Der neue Professor ist seit mehr als einem Dezennium Privatdozent für orthopädische Chirurgie in Berlin und durch zahlreiche Publikationen, darunter sein «Handbuch der orthopädischen Chirurgie», bekannt geworden. Seit Hoffa's Tode ist er auch alleiniger Redakteur der «Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie».

Standesangelegenheiten.

— Die von dem Präsidenten der St. Petersburger städtischen Sanitätskommission Dr. Oppenheim projektierte Vergrösserung der Zahl der Dumaärzte soll vom Stadthaupt gutgeheissen sein; ausserdem soll die Zahlung pro Visite für sie durch eine feste Gage, und zwar 2400 Rbl. jährlich, ersetzt werden.

— Der Vizepräses der Jaltaschen medizinischen Gesellschaft Dr. N. Sewakin ist vom Stadthauptmann aus Jalta ausgewiesen worden.

— Dr. Koniski, der verhaftet worden war, weil bei seinem Hausknecht 5 Revolver gefunden wurden, ist auf Verfügung des Ministeriums des Innern auf 2 Jahre nach Archangelsk verbannt worden.

— Eine Klage auf Schadenersatz hatte eine Studentin Frl. L. gegen den Berliner Chirurgen Prof. Dr. Bier (Nachfolger Prof. Bergmanns) wegen Verweigerung eines Praktikantenzeugnisses angestrengt. Der Kultusminister erhob zu Gunsten von Prof. Bier gegen die Klage Einspruch, da der Professor seine Amtsbefugnisse in keiner Weise verletzt habe und nach pflichtmässigem Ermessen das Zeugnis versagen konnte. Prof. Bier sei besonders durch das Verhalten des Frl. L. bei und nach einer Kieferoperation zu der Ueberzeugung gelangt, dass Frl. L. nicht das richtige Verständnis für den ärztlichen Beruf habe. Prof. Bier hob noch hervor, dass eine Dame, die bei einer schwierigen Operation Hülfe leiste, wo das Leben auf dem Spiel stehe, nicht verlangen könne, zart behandelt zu werden. Er habe dem Frl. L. das Zeugnis verweigert, weil er es für bedenklich erachte, ein Fräulein mit solchen Eigenschaften auf die Menschheit loszulassen. Das Oberverwaltungsgericht erklärte den Einspruch des Ministers für begründet und stellte das gerichtliche Verfahren gegen Prof. Bier endgültig ein, weil Prof. Bier das Zeugnis verweigern durfte, wenn er der Ansicht war, dass eine Person sich nicht zum ärztlichen Berufe eignete; ohne Zweifel haben Prof. Bier sachliche Gründe für die Versagung nicht gefehlt. Habe aber Prof. Bier dem Frl. L. das Zeugnis hauptsächlich aus sachlichen Gründen verweigert, so liege keinerlei Verstoss gegen die Amtspflichten vor.

Verschiedene Mitteilungen.

— Auf Verfügung der Obermedizinalverwaltung ist dem Provisor P. Cohnheim der Verkauf des von ihm mit grosser Reklame angekündigten Mittels «Pitschilin» sowie auch jede weitere Ankündigung des Mittels untersagt worden.

— Das Ministerium der Volksaufklärung hat als Ergänzung des Zirkulars vom 27. Februar 1908, betreffend die Schliessung von Lehranstalten im Falle des Auftretens von ansteckenden Kinderkrankheiten, angeordnet, dass auch beim Ausbruch von Typhus exanthematicus, Febris recurrens und Meningitis cerebrospinalis eine Schliessung der betreffenden Schule zu erfolgen hat.

— Wegen der geplanten Einführung des obligatorischen Impfzwanges hat das Ministerium des Innern von den Gouvernements-Medizinalverwaltungen bis zum 1. August d. J. die Einsendung möglichst vollständiger Daten über das Impfwesen in ihren Bezirken verlangt.

— Wir erhalten eine Zuschrift von der «Deutschen Dichter-Gedächtnis-Stiftung» in Hamburg-Grossborstel, die den Zweck verfolgt, für möglichste Verbreitung hervorragender Dichter zu dienen und namentlich Krankenhäuser und Heilstätten mit deren Werken zu versehen. Obwohl dieses Unternehmen erst seit wenigen Jahren besteht, hat es bereits über 100,000 Bücher an kleine Volksbibliotheken abgegeben, was nur durch die Zuwendung entsprechender Geldmittel von verschiedenen Wohltätern möglich war. Um aber alle deutschen Krankenhäuser mit guten Büchern zu versehen, bedarf es noch grösserer Mittel, weshalb sich die «Deutsche Dichter-Gedächtnis-Stiftung» in Hamburg-Grossborstel an die Deutschen im Reich und im Auslande mit der Bitte um Geldspenden — «gleichviel in welcher Höhe» — wendet.

— Eine Prämie von 1000 oester. Kronen (gegen 400 Rbl.) für die beste Arbeit über die Aetiologie des Trachoms ist vom Ungarischen Ministerium des Innern ausgesetzt worden. Es können handschriftliche wie auch in den Jahren 1907 und 1908 gedruckte Arbeiten in deutscher, magyarischer, französischer und englischer Sprache bis zum 31. Dezember 1908 an den Minister des Innern nach Budapest eingesandt werden. Die Zuerkennung der Prämie wird auf dem nächsten internationalen Kongress i. J. 1909 geschehen.

— In Brüssel tagte am 9. Juli n. St. die internationale Heilstättenkommission, um zur Vermeidung übertriebener Kosten beim Bau von Volksheilstätten hygienische Mindestforderungen aufzustellen, die der nach Philadelphia einberufenen internationalen Tuberkulosekonferenz unterbreitet werden sollen. Wie wir aus dem Sitzungsbericht ersehen, ist Russland auf dieser Tagung der Heilstättenkommission nicht vertreten gewesen.

— Was die Sammlung der Geldspenden zur Errichtung des Prof. Ernst v. Bergman-Denkmals in Dorpat anbelangt, so macht nun auch die «Livländische Gouv.-Ztg.» bekannt, dass vom Finanzministerium den Kammeralhöfen die Weisung zugegangen ist, für den erwähnten Zweck einlaufende Spenden seitens der Renteien unbehindert zu emptangen und solche in die Dorpater Rentei überzuführen.

Bf.

Am 7. Juni d. J. betrug die Zahl der Kranken 11029 (19 mehr als in der Vorwoche.), darunter 754 Typh. abd. — (24 wen.), 5 Typh. exanthemat. — (4 wen.), 383 Febris recur. — (5 wen.), 418 Syphilis — (30 mehr), 304 vener. Kranke (20 wen.), 208 Scharlach — (7 wen.), 167 Diphtherie — (40 wen.), 120 Masern — (9 wen.) und 173 Pockenkranke (21 mehr als in der Vorw.)

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 1. bis zum 7. Juni d. J. im ganzen 967, darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typhus abdom. 35, Febris recurrens 4, Pocken 8, Masern 69, Scharlach 20, Diphtherie 10, Keuchhusten 4, Krupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 9, Grippe 7, Katarrhalische Lungenentzündung 119, Ruhr 4, Hydrohobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 19, Tuberkulose der Lungen 114, Tuberkulose anderer Organe 29, Alkoholismus und Delirium tremens 13, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 122, andere Krankheiten 271, Ausserdem 40 Totgeborene.



PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) —51.

ФОРМАМИНТЪ БАУЭРЪ

(FORMAMINT BAUER)

Новый препаратъ фирмы Бауэръ и К°, Берлинъ S. W. 48. Соединеніе формальдегида съ молочнымъ сахаромъ, имѣется въ продажѣ въ видѣ таблетокъ по 50 шт. въ склянкѣ. ○ ○ ○ ○

Употребляется вмѣсто полосканія

ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНІЯ ЗѢВА И ПОЛОСТИ РТА

при различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ (Ангина, Стоматитъ и т. п.) а также и

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХЪ ЦѢЛЕЙ.

Таблетки дѣйствуютъ путемъ медленнаго растворенія во рту. Пріемъ: 1—2 таблетокъ каждый часъ. Литературу и пробы Гг. врачамъ безплатно.

Главное Представительство Санатогена Бауэръ

С.-Петербургъ, Больш. Конюшенная, 29.

An der Medizinischen Klinik und Poliklinik zu Marburg a./L. wird vom 9. bis zum 19. September d. J. ein unentgeltlicher ärztlicher

Fortbildungskursus

abgehalten. Das Thema ist begrenzt auf die

Therapie innerer Krankheiten.

Anmeldungen sind bis zum 15. August an den Oberarzt der Medizinischen Klinik zu richten. Ebendort ist ein genaues, weitere Einzelheiten enthaltendes Programm zu erhalten, welches für jede einzelne Stunde das zu besprechende Thema aufführt. (99) 2—1.

Bad Kissingen

Saison: Anfang April bis Ende Oktober

Rakoczy
Maxbrunnen u. Pandur
weltberühmt für
Trinkkuren
(Wasserversand)

2 Solesprudel mit hohem Kohlensäuregehalt zu **Badekuren**

Moorbäder, Gradierwerk, Inhalatorien, Pneumatische Kammern, Traubenkur.

Auskünfte und Prospekte: **Kurverein.**

(63) 5—5.

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen

bei ALKALISCHE QUELLE ERSTEN RANGES
bereits seit 1601 ERFOLGREICH verordnet.
Brunnenschriften und Analysen gratis und franko durch den
VERSANDT des HERZOGLICHEN MINERALWASSERS von
OBERSALZBRUNNEN.
FURBACH und STRIEBOLL, *SALZBRUNNEN* (in Schlesien)
Niederlage in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.

Chemische Fabrik auf Aktien
(vorm. E. Schering) Berlin
empfiehlt

SUBLAMIN SCHERING
(Hervorragender Ersatz für Sublimat).

Ausgezeichnet durch grosse Reizlosigkeit. Tiefenwirkung und leichte Löslichkeit. Weniger toxisch als Sublimat.

Tabletten à 1 Gramm

GLUTOL SCHERING
nach Prof. Dr. Schleich
(Hervorragendes Wundheilmittel).

Literatur gratis zur Verfügung. (23) 24—18.

General-Vertrieb: Agences du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau und Moskau.
Briefadressen: Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris Warschau.
Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Moskau.
Telegrammadressen: Pasteur, Warschau und Pasteur, Moskau



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.
Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,
(21) 52—26. St. Petersburg. Offizerskaja 6, Quartier 37.

MARIENBAD (Böhmen).

Marienbader Brunnen-Pastillen. Säuretilgend. Schleimlösend. Chron. katarrhalische Affektionen der Schleimhäute, besonders des Respirations- und Verdauungstraktes. Sodbrennen. Magenkrampf. Heiserkeit.

Marienbader natürlicher Brunnensalz. Magenkatarrh. Leichtes und sicheres Purgativ. Stuhlverstopfung. Verdauungsstörung. Verminderung des Körpergewichts. Darmkatarrh. Hämorrhoiden.

Marienbader Mineralwasser-Versendung Marienbad Böhmen.
(86) 10—5. Man verlange nur Marienbader **natürliches** Brunnensalz.

Das erste Moorbad der Welt

FRANZENSBAD

besitzt die stärksten Stahlquellen, leichtverdauliche Eisensäuerlinge, alkalische Glaubersalzwässer, Lithionsäuerlinge.
Natürliche kohlensäurereichste Stahl-, Mineral-, Sool- und Strombäder, heilkräftige Moorbäder, Dampf-, Heissluft-, elektrische Wannen- und Lichtbäder, mediko-mechanisches Institut, Inhalatorium.
Österreichs hervorragendstes Herzheilbad.
Bewährt bei: **Blutarmut, Bleichsucht, Rheumatismus, Gicht, Nervenkrankheiten, Frauenkrankheiten, Herzkrankheiten.**
Saison Mai bis September. *Prospekte gratis.*
(45) 12—10.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 28 St. Petersburg, den 12. (25.) Juli. 1908.

Zur Kritik der Extraktion nach A. Mueller.

Von

Nikolaus Cukor.

Kurarzt in Franzensbad.

Vortrag, gehalten am 20. Februar 1908 in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in München unter dem Vorsitz von Prof. Döderlein.

Es ist sonderbar, dass obgleich man in den letzten Jahrzehnten bei der Ausführung geburtshilflicher Operationen immer bestrebt war, die manuellen Eingriffe möglichst einzuschränken, um der damit verbundenen Infektionsgefahr zu entgehen, eine die Gefahr der Infektion so herabsetzende Operation wie die Extraktion nach A. Mueller solange Zeit ganz vergessen bleiben konnte.

Es ist noch sonderbarer, dass ein auf deutschem Boden erdachter, so wichtiger Vorschlag zur Zeit der Ueberproduktivität wissenschaftlicher Betätigung und zur Zeit des fast unberechtigt eifrigen operativen Nachprüfens, durch ein Dezennium ohne klinische Nachprüfung geblieben ist.

Vor zehn Jahren, am 18. Februar 1898 machte A. Mueller in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu München den Vorschlag, bei Extraktionen am Beckenende die Lösung der Arme als überflüssig zu unterlassen und die Entwickelung des Kindes durch die von ihm angegebene Methode auszuführen, die er bei 118 Extraktionen am Beckenende, darunter 100 nach Wendungen aus Kopf- und Schieflagen mit 17, resp. 8 pCt. Mortalität der Kinder angewandt hat. Bei den Beobachtungen über das Verhalten der Arme bei Extraktionen hatte A. Mueller gefunden, dass bei der Ausführung der Extraktion, wenn Schwierigkeiten überhaupt vorkommen, die Haltung der Arme nebensächlich ist, ob sie hängen, oder hinaufgeschlagen sind, hingegen der springende Punkt bei der Extraktion die Behandlung der Schultern sei, — ein Umstand, welcher niemals genügend beachtet worden ist. Nur der alte Rosshirt-Kiwische Handgriff nimmt die Schulter direkt zum Angriffspunkt, ohne sich indessen des Grundes bewusst zu sein. Jedoch der breite biacromiale Durchmesser ist es, welcher nach Mueller beim Durchtritte der oberen Extremitäten das hauptsächlichste Hindernis verursacht. Diesem Gesichtspunkte Rechnung tragend, suchte A. Mueller bei Extraktionen vor Allem eine Schulter in die Beckenhöhle zu leiten und zwar die vordere, welche dann, sobald sie in das Becken eingetreten ist, auch durch den Beckenausgang unter der Symphyse vorantritt. Ist also eine Schulter in das Becken getreten, so gestalten sich die Verhältnisse für das Passieren des Schultergürtels durch die Beckenabschnitte viel günstiger als sonst denn das Kind kann statt mit dem breiten biacromialen Durchmesser mit dem um eine Schulterbreite kürzeren kolliakromialen Durchmesser durch den Beckeneingang gezogen werden.

Die Ausführung einer Extraktion am Beckenende gestaltet sich als nach A. Mueller, wie folgt:

Man zieht den mit den beiden Händen regelrecht gefassten, auf die Kante gestellten Rumpf des Kindes vertikal stark nach

abwärts (I. Traktion); dadurch kommt die vordere Schulter in die Beckenhöhle, von hier unter die Symphyse, und der vordere Arm fällt meistens spontan in die Vulva, oder kann durch leises Abstreichen mit dem Zeigefinger vor die Vulva geholt werden. Dann hebt man den noch immer auf der Kante gehaltenen Rumpf ziehend stark nach aufwärts (II. Traktion), wodurch auch die rückwärtige Schulter in die Beckenhöhle hinabgleitet und der rückwärtige Arm spontan geboren wird. — Seltener geschieht es, dass beim ersten Senken der vordere Arm nicht geboren, resp. die vordere Schulter nicht unter die Symphyse getreten ist; und kommt die hintere Schulter als erste in die Beckenhöhle, so ist eine III. Traktion, ein nochmaliges starkes Senken nötig, wodurch dann die vordere Schulter als zweite extrahiert wird.

Ich möchte zu der A. Mueller'schen Extraktion folgende Erläuterung hinzufügen. In diesem Falle, wenn die vordere Schulter zuerst unter die Symphyse gelangt, wird das Kind mit dem hinteren colloacromialen Durchmesser, durch den Beckeneingang gezogen; wenn aber erst durch die zweite Traktion und zwar die hintere Schulter in das Becken kommt, so kommt das Kind bei der noch nötigen dritten Traktion mit dem vorderen colloacromialen Durchmesser durch den Beckeneingang. Also je nachdem die vordere oder rückwärtige Schulter als erste in das Becken gelangt, wird das Kind mit dem rückwärtigen oder vorderen d. h. mit dem entgegengelegenen colloacromialen Durchmesser den Beckeneingang passieren.

Darum möchte ich die zwei Arten des Mechanismus von einander unterscheiden, von welchen auch die Verschiedenartigkeit der ausführbaren Operation abhängt. Als normal ist es zu betrachten, wenn die vordere Schulter zuerst unter die Symphyse kommt, als seltener, wenn die rückwärtige Schulter als erste in die Beckenhöhle gelangt. Manchmal, in schweren Fällen, ist die Extraktion nicht so typisch. Es sind wiederholte Pendelbewegungen, ein wiederholtes Senken und Heben nötig. In diesen Fällen werden wiederholte, abwechselnde Züge auf die vordere und hintere Schulter ausgeübt, und der ganze Schultergürtel gelangt mit den Traktionen mit abwechselnden colloacromialen Durchmessern pendelartig durch die Beckenabschnitte. — Darin liegt der grosse Vorteil der Methode.

Diese so einfache Mueller'sche Methode, die nur selten erfolglos bleibt, ist wegen des Zeitgewinnes für das Kind von äusserst grossem Vorteil. Ebenso bedeutend ist für die Mutter die Vermeidung oder Verminderung einer Infektionsgefahr, da die Finger in die Vagina nicht eindringen müssen. Die Gefahr, dass die Arme ihre Haltung verändern könnten, verliert bei dieser Methode an Bedeutung, denn wir wollen nur das bezwecken, dass die Schultern und nicht die Arme durch den Eingang gelangen, und wie die Erfahrung gelehrt hat, macht die Schulterbehandlung die Armlösung meistens überflüssig, denn die Arme folgen den Schultern infolge des Tonus ihrer Muskulatur.

Bei grösseren räumlichen Missverhältnissen kann es vorkommen, dass das wiederholte Heben und Senken des Kindes für das Entwickeln der Arme erfolglos bleibt oder nur ein Arm mit den Mueller'schen Handgriffen gelöst werden kann. In diesem Falle können wir sofort zur klassischen Armlösung schreiten, da die Mueller'schen Handgriffe weder die klassische Armlösung ausschliessen, noch deren Chancen verschlechtern. Wenn mit Mueller-schen Handgriffen nur ein Arm entwickelt werden kann, so wird schon das auch eine erhebliche Erleichterung bieten für die anzuschliessende nötiggewordene klassische Armlösung. Die Mueller'sche Methode ist in jenen Fällen erfolglos, in welchen der Rumpf des Kindes vor der Traktion überhaupt nicht auf die Kante gestellt werden kann, d. h. wenn der Rücken des Kindes nach vorne und der Bauch nach hinten gerichtet ist. Hier gelangt die vordere Schulter nicht unter die Symphyse und auch die rückwärtige Schulter kann nicht in das Becken treten, der biacromiale Durchmesser bleibt und die Arme bleiben stecken. Für diesen ganz extremsten Fall hat A. Mueller die Kleidorrhexis empfohlen, die absichtliche Fraktur des Schlüsselbeines, durch gewaltsames Herabziehen des Kindes. Jedoch in diesen ganz seltenen Fällen bleibt es jedem Geburtshelfer frei, die Kleidorrhexis nach Mueller oder die hohe Armlösung nach Fritsch anzuwenden. Aber dieser weitere Vorschlag von A. Mueller ist von seiner eigentlichen Methode ganz zu trennen. Mueller hat unter 104 Extraktionen 4 Mal Kleidorrhexis angewandt.

Nach der Veröffentlichung wurde die A. Mueller-sche Methode in Deutschland nirgends nachgeprüft — wie es doch vorneherein von einer Methode zu erwarten gewesen wäre, die eine recht komplizierte Operation äusserst zu vereinfachen, die Verletzungen und Mortalität des Kindes, wie die Infektionsgefahr der Mutter herabzusetzen verspricht.

Die erste und bis jetzt ausführlichste Mitteilung stammt aus Budapest, aus der I. Frauenklinik, die gegenwärtig unter der Leitung Professors Johann Barsony steht. Lovrich berichtet über die auf der Klinik erreichten Resultate der 237 Extraktionen, bei denen die Mueller'sche Methode angewandt worden ist. Von 237 Fällen waren 72 Erst- und 165 Mehrgebährende. Die fötalen Herztöne waren vor der Geburt in 214 Fällen gut, in sechs Fällen schlecht, in 17 Fällen waren vor der Geburt keine Herztöne mehr vernehmbar. Die Zahl der nach der Extraktion verstorbenen Kinder war 33. Wenn die Zahl jener 17 Kinder, ausgeschaltet wird, die vor der Geburt starben, dann fallen auf 220 Extraktionen 16 Sterbefälle, was 6,75 pCt. Mortalität entspricht. Eine Vergleichung zeigt, wie günstig diese Statistik ist. Die Mortalität der Kinder bei Beckenendlagen beträgt nach v. Winckel 20 pCt., nach v. Hecker 13,6 pCt. Stumpf erlebte bei 95 poliklinischen Beckengeburten 29,5 pCt. Kinderverlust. Die Verletzungen des Kindes beliefen sich auf 2,1 pCt., was ebenfalls eine sehr niedrige Prozentzahl ist, und hervorzuheben ist, dass Knochenbrüche dabei überhaupt nie vorkamen. Ebenso ist die Statistik betreffs der Morbidität der Mütter eine günstigere wie nach den früheren Extraktionen. In 33 Fällen konnte man nur einen Arm nach Mueller lösen, der andere wurde mit der alten Methode gelöst. Die Muellersche Extraktion war unter 237 Fällen nur in 15 Fällen erfolglos geblieben. Von diesen waren vor der Geburt bei zwei Fällen keine Herztöne zu hören, die Zahl der während der Operation verstorbenen Kinder war 4; hierher gehören aber 3 Nabelschnurvorfälle. Also es ist ersichtlich, dass bei Erfolglosigkeit der Muellerschen Methode die Kinder mit der alten Methode in 92,4 pCt. noch rechtzeitig zu retten waren.

Nach der Lovrichschen Mitteilung, die im Auslande Aufsehen erregte, wurde die Methode in Basel, in Lemberg, in Amsterdam und zuletzt in Ham

burg nachgeprüft und überall gelobt. Aus Deutschland ist bis vor Kurzem nur eine einzige Kritik erschienen, die aber nicht nur ungünstig ist, sondern auch bedenklich wäre, weil sie von keinem weniger anerkannten Manne kommt als von Veit. In der gynäkologischen Sitzung zu Leipzig vorigen Jahres hat Veit ein Kind demonstriert, das an einer queren Zerreissung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes, zwischen 3. und 4. Halswirbel, angeblich nach einer Extraktion nach A. Mueller zu Grunde gegangen wäre. Veit sagte: „Mehrfach habe ich das Verfahren angewendet und anwenden lassen; ich habe den Eindruck, dass das Verfahren tatsächlich zum Ziele führt, aber wenn dadurch in einem einfachen Falle solche Verletzungen entstehen können, so ist doch das Urteil über die Methode zu modifizieren; ich lasse sie nicht mehr anwenden, und überlasse den Herren, welche das Präparat sehen, sich selbst ein Urteil zu bilden".

Trotzdem aber, dass Veits Worte wie ein Todesurteil über die Methode klingen, möchte ich behaupten, dass der Fall mit der Extraktion nach A. Mueller nichts zu tun hat. Abgesehen davon, dass tödliche Verletzungen bei allen Extraktionsmethoden vorkommen können und niemals zu vermeiden sein werden, kann jedoch dieser Fall nicht der Muellerschen Methode zugeschrieben werden; denn die Muellerschen sich seitwärts abwechselnden Traktionen, die auch der physiologischen Beweglichkeit entsprechen und auf einer Seite die Wirbelsäule dehnen, auf der anderen jedoch die Wirbel komprimieren, hätten höchstens eine seitliche, aber niemals eine Querzerreissung verursachen können, wie dies hier der Fall bei Veit war. Aber abgesehen davon, kann eine Zerreissung der Halswirbelsäule niemals durch diese Methode bewirkt werden, — aus dem einfachen Grunde, da ja der Schultergürtel die Halswirbelsäule vor der Zugwirkung schützt, am meisten noch in jenen Fällen, wo die Arme hinaufgeschlagen und der Schultergürtel vom Beckeneingange festgehalten wird. Eine Zerreissung in der Halswirbelsäule kann nur infolge auf den Kopf erfolgten Zug entstehen, — und ist auch entstanden; daher war der Kopf wahrscheinlich am Beckenrande angehakt, vielleicht infolge dessen, dass das Kind nicht genügend auf die Kante gestellt war. Das richtige Hineinziehen der Schultern aus dem queren Durchmesser des Beckeneinganges in den geraden des Beckenausganges ist die grösste Sicherung dazu, dass der Kopf sich im Eingange in den queren Durchmesser einstellt, aber dazu muss das Kind gut auf die Kante gestellt werden. Mit vollster Achtung vor dem grossen Meister erlaube ich mir seine Behauptung entschieden zu bezweifeln und die Muellersche Methode von diesem Verdachte zu befreien.

Wollen wir jetzt über die in der Literatur mitgeteilten günstigeren Falle berichten. In einer Arbeit über „Ausgetragene lebende Drillinge bei Plazenta praevia lateralis" aus der Klinik Cyzlewicz zu Lemberg finden wir folgende kurze Bemerkung: „Ich muss hier betonen, dass der Oberkörper der beiden letzten Kinder nach Mueller extrahiert wurde, und zugleich bemerken, dass wir prinzipiell diese Methode ausüben, und dass sie uns nur selten im Stiche gelassen hat. Es ist eine Methode, die für Mutter und Kind weniger gefährlich ist, wie die künstliche Lösung der Arme und die demzufolge meiner Meinung nach in keinem Falle von Beckenendlage zu versäumen wäre".

In der niederländischen gynäkologischen Gesellschaft zu Amsterdam hielt Prof. Nijoff im Jahre 1906 einen Vortrag über die Entwicklung der Arme nach Mueller. In der Klinik wurde 17 Mal, in der Poliklinik 12 mal die Extraktion nach Mueller vorgenommen. Von diesen 29 Fällen können 5 wegen Kleinheit der Frucht nicht in Betracht kommen. In einem Falle versagte die Methode bei einem rachitischen Becken, wo die Extraktion sehr schwer ging, und nach dem Versuche mit dem Muellerschen Handgriffe mussten die Arme mit der alten Methode gelöst werden, und es wurde ein 3480 gr. schweres Kind entwickelt. In den übrigen Fällen hat sich die Extraktion nach Mueller als eine viel Zeit ersparende, für die Kinder ganz unschädliche Operation bewährt, daher empfiehlt sie Nijoff als eine einfache und rasche Methode am wärmsten, während er das alte Verfahren nur für solche Fälle reservieren möchte, wo schon am Anfange der Extraktion ein sehr starker Widerstand zu fühlen ist.

Am 78. Naturforscher-Kongress zu Stuttgart im Jahre 1906 hat Labhardt aus Basel über die Erfahrungen berichtet, die mit der seit einem Jahre in der Klinik eingeführten Muellerschen Methode erreicht worden sind. Von 77 Beckenendlagen verliefen 8 spontan, 17 kommen nicht in Berechnung wegen früheren Absterbens des Kindes; in den übrig gebliebenen 58 Fällen gelang die Extraktion nach Mueller in 53 Fällen. Bei der Vergleichung mit der früheren Statistik fand er, dass bei 53 Extraktionen mit Armlösung siebenmal eine Verletzung des Kindes und 6 mal Fieber im Wochenbette vorkam, demgegenüber bei den Extraktionen nach Mueller nur ein Kind Verletzung erlitt, und nur eine Mutter leicht febril war. Die Operationen wurden zum grössten Teil von Studenten, also von ungeübten Händen ausgeführt.

Ebenso referierte über günstige Erfolge am 5. November 1907 Calmann in der Gynäkologischen Gesellschaft zu Hamburg. Er selbst hat 22 Fälle nach Mueller behandelt. $^2/_3$ waren Erstgebärende, fünf enge Becken, alle II. Grades, ein plattes und ein allgemein verengtes waren darunter. 4 Kinder sind gestorben, davon 2 bei Plazenta praevia, 1 infolge schwerer Wendung, 1 infolge Nabelschnurvorfalles. Also die Mortalität der Kinder war infolge der Extraktion in 22 Fällen = O. ebenso kamen keine Verletzungen der Kinder vor. In 4 Fällen gelang es zwar nur einen Arm nach Mueller zu lösen, — aber die Methode ist niemals ganz erfolglos geblieben.

Wenn ich jetzt eine Statistik aus den bisher mitgeteilten Fällen aufzustellen versuche, komme ich zu folgenden Zahlen:

Es gelang nur einen Arm nach Mueller zu lösen:

	von	Fällen	in	Fällen	
bei Lovrich	von	258	in	33	
„ Callman	„	22	„	4	
		280		37	= 13 %

Die Muellersche Methode ist erfolglos geblieben:

	von	Fällen	in	Fällen	
bei Mueller	von	99	in	4	= 4 %
„ Lovrich	„	237	„	15	= 6,6 %
„ Labhardt	„	58	„	5	= 8, %
„ Nijoff	„	24	„	1	= 2, %
„ Calmann	„	22	„	0	= 0, %
		440		25	5,6 %

Also, wie aus diesen Zahlen ersichtlich ist, war die Methode nur in 5,6 % der Fälle erfolglos geblieben. Dabei waren bei der Lovrich'schen Statistik 92,4 % der Fälle mit der alten Methode noch rechtzeitig zu retten.



Für die Mortalität der Kinder mit Vergleichung der alten und neuen Methode findet man folgende Zahlen:

bei Lovrich fallen auf 212 Fälle	38 Todesfälle	=	17,9 %
bei Labhardt „ „ 53 „	9 „	=	17,0 %
265	47		17,4 %

Mit der Muellerschen Methode fallen:

bei Lovrich auf 237 Fälle	16 Todesfälle	=	6,7%
bei Labhardt „ 53 „	6 „	=	12,0%
290	22	=	9,3%

Also fast zwei mal bessere Resultate als früher.

Wenn wir die Mortalität der Kinder aus allen nach Mueller behandelten Fällen ausrechnen, so wäre

nach Mueller = 8,8%
„ Lovrich = 6,7% } also = 9,1%
„ Labhardt = 12,0%

Zu betonen ist hier, dass bei allen Zahlen die spontanen Steissgeburten niemals eingerechnet worden sind, und bei jedem Autor nur solche Fälle in Betracht gekommen sind, wo eine Indikation zur Extraktion vorhanden war, darum können alle Zahlen nur für die Beurteilung der verschiedenen Methoden, aber nicht für die Steissgeburten im allgemeinen dienen.

Für die Berechnung der Verletzungen der Kinder und bei der Vergleichung mit der alten Methode finden wir:

bei Lovrich fallen auf 212 Fälle	14 Verletzungen	=	7,7%
„ Labhardt „ „ 53 „	7 „	=	12,0%
265 „	21 „	=	9,8%

bei der neuen Methode:

bei Lovrich fallen auf 237 Fälle	4 Verletzungen	=	2,1%
bei Labhardt „ „ 53 „	1 „	=	1,6%
290 „	5 „	=	1,8%

Also nach dieser Statistik kommen bei der Muellerschen Methode 5 mal weniger Verletzungen des Kindes vor.

Für die Mortalität der Mutter können wir nur die vergleichende Statistik von Lovrich in Betracht ziehen. Andere Mitteilungen liegen nicht vor.

Bei 212 mit Armlösung behandelten Fällen waren 2 Frauen infolge Sepsis gestorben = 0,94%

Bei 237 Fällen, bei denen die Kinder nach Mueller extrahiert wurden, ist kein Todesfall infolge einer Sepsis vorgekommen.

Für die Wochenbetterkrankungen der Mutter finden wir, dass bei der früheren Methode

bei Lovrich bei 210 Fällen	32	=	15,9%
bei Labhardt „ 53 „	6	=	11,3%
also in 263 „	38	=	13.6%

der Fälle fieberkrank waren.

Hingegen bei der neuen Methode hatten

bei Lovrich in 234 Fällen	34	=	14,3%
bei Labhardt „ 53 „	1	=	1,8%
also in 287 „ nur	35	=	8,0%

der Fälle gefiebert.

Wenn wir also kurz zusammenfassen, dass von allerdings noch spärlichen Mitteilungen diese günstige Statistik festzustellen ist, dann hat die Methode wohl allen Anspruch darauf, weiter geprüft ja sogar allgemein angewandt zu werden.

Aus dem diagnostisch-therapeutischen Institut für Herzkranke in Wien.

Ueber das Zustandekommen des räumlichen Missverhältnisses zwischen Herzgrösse und Thoraxraum durch die Verkleinerung des letzteren.

Von

Privatdozent Dr. Max Herz-Wien.

Das räumliche Missverhältnis zwischen der Herzgrösse und dem Thoraxraum habe ich als relative Thoraxenge bezeichnet und bereits früher die Ursachen und Folgen derselben ausführlich dargestellt. Ich habe gezeigt, dass das Herz in der Medianebene den ihm zur Verfügung stehenden Raum beinahe ganz ausfüllt, so dass bei einer Vergrösserung des Herzens oder bei einer Verkleinerung dieser Distanz ein Engpass entsteht, in welchem das Herz nicht mehr genügend Platz findet. Es weicht zunächst dem ihm drohenden Drucke durch eine Verlagerung nach links aus, welche durch die scheinbare Verbreiterung der absoluten Dämpfung und die Verschiebung des Spitzenstosses zum Ausdruck gelangt. Ueberschreitet das Missverhältnis ein bestimmtes Mass, dann sind auch die auf der linken Seite gelegenen weiteren Partien der Thoraxhöhle zu eng, und das Herz wird zwischen Wirbelsäule und dem links vom Sternum gelegenen Teil der Rippenbögen zusammengedrückt, wodurch es gezwungen wird, einen Teil seiner Masse über das Sternum nach rechts zu verschieben. Durch diese Breitquetschung wird der systolische Umformungsprozess der Ventrikel in hohem Grade gesteigert, wodurch im Zusammenhang mit der innigen Anlagerung an die Brustwand eine bedeutende Verstärkung der auf die letztere übertragenen Pulsationen stattfindet. Diese Steigerung steht oft in einem starken Missverhältnis zu der gleichzeitigen Herabsetzung der Herzkraft. Wir erkennen die relative Enge höheren Grades an der Zunahme der Resistenz des nach links verlagerten Spitzenstosses, welche eine gleichzeitige Hypertrophie des linken Ventrikels erfordert, ferner an den pulsatorischen Hebungen des Sternums, dem Eindringen der Wand des rechten Ventrikels in die Interkostalräume bei jeder Herzkontraktion, sowie an den starken Pulsationen der ganzen Herzgegend. Die Oekonomie der Herzkontraktion wird durch diese Kraftäusserungen in hohem Grade gestört, und es wird vor allem ein geringer Teil der durch die Herzkontraktion erzeugten lebenden Kräfte auf den grossen Kreislauf übertragen, so dass zuweilen sehr lebhafte Pulsationen in der Herzgegend mit kleinen peripheren Pulsen kontrastieren. Die Störung des kleinen Kreislaufes kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Auch die Ernährung des Herzmuskels erleidet durch die relative Enge eine Modifikation, da der Herzmuskel während der Diastole unter dem Druck der pressenden Brustwand steht, woraus dem Koronarkreislauf ein Hindernis erwächst. Diejenigen Stellen der Herzwand, welche sich rückwärts an die linke Seite der Wirbelsäule, vorne an die Rippen anstemmen, können direkt lokale Degenerationsprozesse aufweisen.

Wir haben den vorhergehenden Ausführungen eine bestimmte Form der relativen Enge zugrunde gelegt, nämlich diejenige, welche hauptsächlich durch eine im Verhältnis zur Ausdehnung des Herzens zu starke Annäherung der vorderen an die hintere Brustwand bedingt ist. Wir taten dies aus dem Grunde, weil diese Form die wichtigste ist und die häufigste, und sie muss nach unserer Ansicht in allen Fällen, in denen eine Kreislaufstörung durch das Herz selbst bedingt ist, mit in das Kalkül gezogen werden. Wenn wir aber daran ge-

hen wollen, die relative Enge in allen ihren Arten durch Beispiele zu belegen, dann dürfen wir auch das Missverhältnis zwischen Thoraxweite und Herzdurchmesser in anderen als in sagittalen Richtungen nicht unberücksichtigt lassen. Aus diesem Gesichtspunkte könnte man ein Prinzip ableiten, nach welchem man die relative Enge in eine sagittale, quere oder senkrechte einteilen könnte, je nachdem das Herz in einer dieser Richtungen in seiner vollkommenen Entfaltung gehindert wird.

Ein zweites Moment, welches vielleicht wegen seiner Beziehung zur Aetiologie und wegen seiner grösseren Bedeutung für den Verlauf der Krankheit und für die Therapie mehr Dignität besitzt, ist das Zustandekommen der relativen Enge einerseits durch eine Verengerung des Thoraxraumes bei normal grossem Herzen und andrerseits durch die Vergrösserung des Herzens bei normaler Weite des Thorax. Die Aufstellung zweier Gruppen auf dieser Basis bietet aber grosse Schwierigkeiten, weil ein normales Herz, wenn es bedrängt ist, sich mit der Zeit erweitert, wodurch Uebergänge von einer Gruppe zur anderen geschaffen werden, und weil es bekanntlich so häufig vorkommt. dass bei vergrössertem Herzen eine relative Enge durch Verengerung des Thoraxraumes entsteht, z. B. durch die Ansammlung von Flüssigkeiten und den Hochstand des Zwerchfelles udgl.

Schliesslich wird der Versuch, ein übersichtliches System für die so zahlreichen Formen der relativen Enge zu schaffen, noch dadurch erschwert, dass die Momente, welche ihnen zugrunde liegen, bald unveränderlich, bald flüchtig sind. Unveränderlich sind z. B. die Missbildungen des Thorax bei der Kyphoskoliose, die Hypertrophie des linken Ventrikels; flüchtig ist eine akute Dilatation des Herzens, ein Hochstand des Zwerchfelles.

Schon aus diesen Andeutungen geht hervor, dass die möglichen Kombinationen sehr mannigfaltig sind, und dass ein Schema, welches alle Möglichkeiten erschöpfen wollte, kaum geeignet wäre, den Stoff übersichtlich zu ordnen. Es könnte geschehen, dass Formen, welche klinisch sehr nahe beieinander stehen, aus theoretischen Gründen an sehr verschiedene Plätze gestellt würden, und umgekehrt. Wir wollen im folgenden trotzdem versuchen verschiedene Gruppen auseinanderzuhalten, uns aber dabei weniger an pedantische Grundsätze halten, sondern uns mehr von Prinzipien leiten lassen, welche durch die Bedürfnisse der Klinik und der Praxis beeinflusst sind. Es handelt sich uns weniger um eine strenge Katalogisierung, als um die Aufstellung von Gesichtspunkten, deren Festhaltung im einzelnen Falle die Erkennung der relativen Enge und ihrer besonderen Art fördern, wobei das häufige Vorkommen von Uebergangsformen als selbstverständlich vorausgesetzt wird.

Als das wichtigste Einteilungsprinzip bin ich geneigt das ätiologische zu wählen und dementsprechend die relative Enge des Thorax in zwei Gruppen zu teilen, nämlich in diejenigen Formen, welche durch eine Verkleinerung des Thorax, und in diejenigen, welche durch eine Vergrösserung des Herzens erzeugt werden. Als Charakteristica für die Unterabteilungen ergeben sich von selbst die Richtungen, in welchen die Verengerung hauptsächlich stattfindet, so dass man von relativer Enge in der Länge, Quere und sagittalen Richtung, bzw. in mehreren Richtungeu sprechen darf. Zur Klassifizierung wollen wir aber ein anderes Moment heranziehen, weil es für die Klinik, bzw. Therapie von ausschlaggebender Bedeutung ist; es ist das zeitliche. Wenn die relative Enge durch inkorrigierbare pathologische Veränderungen erzeugt wird, dann nenne ich sie anatomisch. Liegt aber eine gewohnheitsmässige Muskelaktion zu grunde, dann soll sie als habituell bezeichnet werden. Eine dritte Form ist die fakultative relative Enge des Thorax, welche durch gelegentliche Formveränderungen des Herzens oder des Brustkorbes erzeugt, also vorübergehend ist. Daraus ergibt sich folgendes Einteilungsschema:

I. Relative Enge durch Verengerung des Thorax
  a) anatomisch
  b) habituell
  c) fakultativ

II. Relative Enge durch Vergrösserung des Herzens
  a) anatomisch
  b) fakultativ.

Als Beispiele seien schon hier angeführt: für die anatomische relative Enge durch Thoraxverengerung die Kyphoskoliose, für die habituelle die durch schlechte Körperhaltung erzeugte, für die fakultative die Rückenlage, der Zwerchfellhochstand. Eine anatomische relative Enge durch Vergrösserung des Herzvolums macht sich bei der Schrumpfniere, der Aorteninsuffizienz, eine fakultative bei der akuten Dilatation geltend.

Es ist klar, dass die angeführten Momente sich auf das mannigfaltigste mit einander kombinieren können, sowohl diejenigen, welche innerhalb derselben Gruppe angeführt sind, als auch diejenigen der beiden grossen Kategorien. Es handelt sich hier nicht immer um ein zufälliges Zusammentreffen von zwei oder mehreren Umständen, welche schon an sich eine relative Enge erzeugen können, sondern sie können auch in einem ursächlichen Zusammenhange mit einander stehen. So kann primär eine relative Enge, welche durch eine Kyphoskoliose oder eine dauernd schlechte Körperhaltung erzeugt ist, mit der Zeit dadurch verstärkt werden, dass sich das Herz unter ihrem Einflusse vergrössert. Andrerseits begegnen wir so häufig Fällen, in welchen die relative Enge durch die Herzvergrösserung erzeugt wird, wo das Darniederliegen des Organismus von einer hochgradigen Muskelschwäche begleitet ist und diese ein Zusammensinken des Thorax bewirkt, dessen Folge eine erhöhte Pressung des Herzens ist. Sehr bekannte Mischformen entstehen dadurch, dass dilatierte Herzen durch fakultative Verengerungen des Thorax, z. B. in der Seiten- oder Rückenlage oder durch Hochstand des Zwerchfelles bedingt werden, wobei durch weitere Steigerung dieser Dilatation eine solche Progression erzeugt wird, dass sich die Symptome bis zur Unerträglichkeit steigern. Eine Summierung innerhalb derselben Gruppe findet statt, wenn ein hochgradiger Meteorismus bei kyphotischem Thorax entsteht, wenn ein hypertrophiertes Herz sich durch eine Anstrengung dilatiert u. s. w. Es hätte keinen Wert, hier alle Kombinationen, welche durch willkürliche Zusammenstellung zweier oder mehrerer der oben genannten Kategorien konstruiert werden können, aufzuzählen. Es ist aber von grösstem Vorteil, sich bei jedem Herzkranken die Möglichkeit ihres Vorhandenseins vor Augen zu halten, da die Konstatierung im einzelnen Falle uns oft die individuellen Gestaltungen der so bunten Krankheitsbilder mit überraschender Klarheit erkennen lässt und weil sie uns oft dem Endziele unseres Handelns, nämlich der Behandlung der subjektiven Beschwerden und der Insuffizienzerscheinungen um so viel näher bringen, indem sie es uns ermöglichen, oft durch die einfachsten Verordnungen die ursächliche Pressung des Herzens zu beheben.

Die Lehre von der relativen Enge auf ihre Anwendbarkeit bei den verschiedenen Herzaffektionen zu prüfen, hiesse eine Revision des gesamten Gebietes der Herzpathologie unter der Idee der verminderten Ausdehnungsfähigkeit des Herzens vornehmen. Ich scheue mich nicht zu gestehen, dass ich es für notwendig halte, in jedem Falle nicht nur darnach zu fragen, wie gross das Herz,

welches seine Leistungsfähigkeit und wie weit der Kreislauf verändert sei, sondern stets auch darnach, ob das Herz in seinen Bewegungen nicht von aussen gehindert sei, d. h. ob es nicht unter den Verhältnissen der relativen Thoraxenge arbeite. Der Zweck dieser Auseinandersetzungen kann jedoch nur sein, die Berechtigung dieser Fragestellung zu begründen.

Im vorhergehenden habe ich mich bemüht, die neue Idee vom Standpunkt der allgemeinen Pathologie dem Leser mundgerecht zu machen. Ich will es nunmehr versuchen, an einzelnen klinischen Beispielen zu zeigen, dass sich die Symptomenkomplexe von dem rein mechanischen Standpunkte aus gut überblicken lassen, dass viele von ihnen sich in dieser einseitigen Beleuchtung ganz anders darstellen, als man sie zu sehen gewohnt ist, dass die auf solche Art sich darbietenden Zusammenhänge den Verstand durchaus befriedigen, dass mancher dunkle Winkel aufgehellt wird. Ich behalte mir vor, später die praktischen Konsequenzen aus der Anschauung zu schildern, d. h. zu zeigen, dass sie geeignet ist, unser therapeutisches Handeln bald zu modifizieren, bald zu erweitern, bald in gänzlich neue Bahnen zu lenken.

Wenden wir uns nunmehr der relativen Thoraxenge zu, welche durch eine Verkleinerung des Brustraumes bedingt ist. Ein grosser Teil der hierher gehörigen Formen ist auch der gegenwärtig allgemein üblichen klinischen Betrachtungsweise nicht fremd. So wissen wir, dass ein schwaches Herz schon durch eine sehr geringe Flüssigkeitsansammlung im Thorax, durch einen Hochstand des Zwerchfelles in seiner Tätigkeit so behindert werden kann, dass sich weitgehende Störungen des Kreislaufes geltend machen. Man hat niemals daran gezweifelt, dass die Verkleinerung des Raumes das ursächliche Moment sei. Wenn man sich aber daran gewöhnt, bei jedem Kranken, der über subjektive Herzbeschwerden klagt oder die objektiven Zeichen einer Kreislaufstörung aufweist, den Thorax selbst, d. h. die Wirbelsäule und die Rippen, einer wenn auch nur oberflächlichen Besichtigung und Betastung zu unterziehen, dann wird man bald Fälle entdecken, in denen die linke Thoraxhälfte in verschiedenen Richtungen so offensichtlich verengt ist, dass sich die Annahme einer Bedrängung des Herzens durch die Veränderung des Thoraxskelettes von selbst darbietet. So ist es mir z. B. bei Menschen, die über das Gefühl von Herzklopfen in der Gegend oberhalb der linken Mamille klagen und deren Leistungsfähigkeit nach ihren eigenen Erfahrungen beim Berg- und Stiegensteigen herabgesetzt ist, wiederholt aufgefallen, dass sich in der betreffenden Gegend eine dellenförmige Impression der Rippen nachweisen lässt, deren Entstehung sich vielleicht durch den Druck der Brustmuskulatur auf ein abnorm nachgiebiges Thoraxskelett erklären lässt. Auf der rechten Seite ist diese Verkleinerung sicher bedeutungslos, links hingegen wird durch diesen so unauffällig gegen das Innere der Brustwand vordringenden Buckel das normaler Weise an dieser Stelle zwischen Brustwand und Herz eingelagerte Luftkissen der Lungen verdrängt und ein direkter Kontakt zwischen Herz und Brustwand erzeugt. Bei genauerer Palpation finden wir daselbst eine deutliche Pulsation. Die Perkussion, deren Ergebnisse so sehr von der mutmasslichen Gestalt der zu erwartenden Dämpfungsfigur abhängen, zeigt eine Abschwächung des Schalles an dieser Stelle.

So wenig wir uns darüber wundern, dass die mächtigen Herzkontraktionen an den Stellen der Brustwand, die sie normaler Weise erschüttern, unter den gewöhnlichen Verhältnissen gar nicht zum Bewusstsein kommen, so natürlich ist es, dass jede Pulsation an abnormaler Stelle lästige, oft beängstigende Gefühle auslöst. Das fortwährende Anhämmern des Herzens gegen eine solche Stelle kommt einer kontinuirlichen Reihe von Insulten gleich, und ich glaube nicht, dass man es als eine gezwungene, d. h. unwahrscheinliche Hypothese bezeichnen kann, wenn wir annehmen, dass das so häufige Zusammentreffen derartiger Impressionen mit Unregelmässigkeiten des Pulses, besonders mit Extrasystolen, dadurch zu erklären sei, dass der Druck, den der betreffende Teil der Herzwand bei jeder Systole an der Impressionsstelle der Rippen erleidet, sich als ein abnormer Reiz für die Muskelsubstanz geltend macht und gelegentlich jene zwecklosen Kontraktionen auslöst, die wir als Extrasystolen bezeichnen. Dass diese Ansicht durch den Erfolg der Therapie gestützt werden kann, wird an anderer Stelle auseinandergesetzt.

Wenn schon eine so geringfügige Thoraxveränderung einen nachweisbaren Einfluss auf die Herzaktion ausüben kann, muss man darauf gefasst sein, bei Gestaltveränderungen, welche sich auf die ganze Konfiguration des Thorax beziehen, noch viel häufiger Herzbeschwerden anzutreffen. Diese Vermutung wird durch die tägliche Erfahrung bestätigt. Ein sehr häufiger Typus ist die Skoliose der Wirbelsäule, welche mit allerlei allerdings meist nur subjektiven Symptomen von Seite des Herzens vergesellschaftet ist. Wie bekannt, erstreckt sich die Skoliose nicht nur auf die Wirbelsäule, sondern sie verändert den Rippenkorb, so dass er sich auf einer Seite zu dem sog. Rippenbockel ausbaucht, während sich die Bögen der anderen Seite einziehen und den Thorax verengern. Tritt diese Verengerung auf der linken Seite ein, dann kann sie ein Missverhältnis zwischen dem Herzvolum und dem ihm zur Verfügung stehenden Raum schaffen. Wir finden dann eine verbreiterte Herzdämpfung und lebhafte Pulsationen in ihrem Bereich, welche man als den Ausdruck einer verstärkten Herztätigkeit zu deuten pflegt. Wie sie richtig aufzufassen sind, wurde eingangs auseinandergesetzt.

Als ätiologisches Moment wird gewöhnlich die Chlorose der betreffenden Patientinnen — es handelt sich fast ausschliesslich um Mädchen — angenommen. Ich habe bereits in einer früheren Arbeit [1]) darauf hingewiesen, dass die Chlorose nur indirekt auf das Herz einen schädigenden Einfluss ausübt. Die Chlorose ist zumeist mit einer Muskelschwäche gepaart, welche eine fehlerhafte Körperhaltung und die mangelhafte Fixation des Rumpfskelettes erzeugt; diese führt zur Skoliose, in weiterer Folge zur Verengerung des Thorax und zur mechanischen Behinderung der Herzaktion. Dieser Gesichtspunkt ist deshalb so wichtig, weil sich in solchen Fällen die Therapie der anscheinenden Herzneurose mit der Behandlung der Skelettveränderung decken muss.

Eine eigenartige Deformation des Brustkorbes, die sich gerne mit Herzbeschwerden vergesellschaftet und die wahrscheinlich auf rhachitischer Basis beruht, besteht darin, dass das Sternum stark der Wirbelsäule genähert erscheint, während rechts und links von ihm die Rippen in stark gekrümmten Bogen nach aussen und dann nach rückwärts ziehen. Dadurch entsteht eine kielförmige Einsenkung in der Medianlinie des Thorax, durch welche der sagittale Durchmesser daselbst stark verkleinert wird. Wie eine solche Enge zur Verlagerung des Herzens nach links zur Vortäuschung einer Vergrösserung des Herzens, zu einer Behinderung der Herzaktion und schliesslich zu Ernährungsstörungen am Herzen führen kann, haben wir oben gesehen.

Weniger in die Augen springend ist die relative Verkleinerung des queren Thoraxdurchmessers bei

[1]) Wiener klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 9.

sehr muskelstarken Individuen. Man findet bei solchen nicht selten einen Brustkorb, der eine kolossale Tiefe aufweist, an beiden Seitenflächen aber deutlich abgeflacht ist. In Anbetracht der starken Entwicklung der Muskulatur ist auch eine starke Entwicklung der Herzmasse vorhanden; von einer pathologischen Vergrösserung des Herzens kann jedoch keine Rede sein. Die absolute Herzdämpfung ist über die Mamillarlinie hinaus verbreitert und zwar deshalb, weil der Kegel in die verstärkte Konkavität der Brustwand eingelagert und dadurch die Kontaktfläche vergrössert ist. Treten dadurch und eventuell noch aus anderen Gründen Herzbeschwerden auf, dann kann man in solchen Fällen leicht zu Fehldiagnosen verleitet werden. Ich glaube, dass die sog. Arbeitshypertrophie des Herzens, welche durch exakte Untersuchungen nicht gestützt werden kann, derartigen Fehldiagnosen ihre Entstehung verdankt. Ferner geschieht es nach meiner Erfahrung nicht selten, dass diese scheinbare Hypertrophie des Herzens fälschlich auf den Genuss von Alkohol oder Tabak zurückgeführt wird, weil derartige muskelstarke, meist körperlich schwer arbeitende Individuen gerade den beiden genannten Giften gewöhnlich nicht abstinent gegenüberstehen [2]).

Die augenfälligste und am meisten beachtete Form der relativen Enge, welche durch dauernde Veränderungen des Thoraxskelettes zustandekommt, ist die Kyphoskoliose. Sie wurde jedoch bisher als eine solche nicht betrachtet; man begnügte sich mit dem naheliegenden Gedanken, eine Behinderung der Atmung anzunehmen, durch welche dem rechten Herzen eine erhöhte Arbeit auferlegt wird. Dagegen ist einzuwenden, dass auch bei hochgradig kyphoskoliotischen Individuen die Beweglichkeit der Zwerchfelles ausreicht, um die seichten Atemzüge, mit denen sich auch der Gesunde in der Ruhe begnügt, zu ermöglichen. Der herzgesunde Kyphoskoliotische ist nicht dyspnoisch; wenn er es ist, wissen wir, dass sein Herz bereits gelitten hat. Auffallen muss es auch, dass das Herz bei manchen Kranken, bei denen durch die Zerknitterung des Brustkorbes eine hochgradige Verengerung seines Binnenraumes stattgefunden hat, das Herz bis in ein höheres Alter tadellos standhält. Untersucht man diese günstigen Fälle, dann findet man, dass trotz der weitgehenden Veränderungen die unmittelbare Umgebung des Herzens durch die Ausbuchtungen der Rippen gewissermassen kompensatorisch ausgeweitet ist. Das Herz leidet unter der Kyphoskoliose nicht durch abnormen Widerstand, welchen es im kleinen Kreislauf findet, sondern primär dadurch, dass seine Aktion durch die mechanische Einklemmung von Jugend an gehindert ist. Der rechte Ventrikel, der zwischen dem linken und der Brustwand eingezwängt ist, wodurch vor allem seine Füllung behindert wird, muss zugleich mit dem kleinen Kreislauf in um so höheren Grade beeinträchtigt werden, je geringer sein Binnendruck gegenüber demjenigen des linken Ventrikels ist. Wenn eine Kompensation stattfinden soll, dann kann sie nur in dem Sinne erfolgen, dass der rechte Ventrikel sich durch Erzeugung eines höheren Druckes gewissermassen aus seiner Passivität gegenüber Quetschungen durch den linken emanzipiert, d. h. indem er hypertrophiert. Von diesem Standpunkte aus ist der bei Kyphoskoliotischen nachzuweisenden Hypertrophie des rechten Ventrikels und der merkwürdigen gleichzeitigen Atrophie des linken ein hoher Grad von Zweckmässigkeit im Sinne eines Ausgleiches unter den Verhältnissen der relativen Enge nicht abzusprechen. Freilich sind auch dadurch die oben geschilderten Folgen der Raumbeengung auf die Ernährung des Herzmuskels nicht aufzuhalten.

[2]) Medizinische Klinik, 1908.

Die bisher angeführten Beispiele haben sich durchaus, wenn wir das von mir aufgestellte Einteilungsschema gelten lassen wollen, auf die anatomische, durch Verengerungen des Thorax erzeugte Behinderung des Herzens bezogen. Wenden wir uns nunmehr den von mir als habituell bezeichneten Formen zu. Wir können sie auch als relative Enge infolge von schlechter Körperhaltung bezeichnen. Ich habe sie in einem früheren Aufsatz [3]) ausführlicher behandelt. Ich begnüge mich daher, hier nur kurz die Resultate meiner Beobachtungen zusammenzufassen. Dass gewisse Beschäftigungen, z. B. diejenige der Schuhmacher, zu Herzkrankheiten führen können, weiss man seit langer Zeit (Morgagni, Lancisi). In neuester Zeit hat Sternberg wieder darauf hingewiesen. Es ist merkwürdig, dass man die Ergebnisse dieser Beobachtungen nicht auf die modernen Berufe, welche in wenigstens ebenso hohem Grade verschlechternd auf die Körperhaltung und den Kreislauf einwirken, ausgedehnt hat, z. B. die Bureauarbeiter, Rechtsanwälte, Zeichner, Zahnärzte u. s. w.

Bei der ersten Gruppe der Handwerker hat man wie bei der Kyphoskoliose als das in erster Linie schädigende Moment die Beeinträchtigung der Atmung, als Folge derselben eine durch die seichtere Atmung in geringerem Grade unterstützte Blutströmung in den grossen Venen und im kleinen Kreislauf angenommen. Bei der zweiten Gruppe, welche in überwiegendem Masse bis zur Ueberanstrengung geistig arbeitende Menschen umfasst, begnügt man sich gar mit noch unbestimmteren Hypothesen, indem man das Gefässsystem sich parallel mit dem Nervensystem durch die Hast, die unser modernes Leben mit sich bringt, einfach abnützen lässt, um so eventuell auf dem Umwege über die Sklerose der Aorta und der Koronararterien das schliessliche Versagen des Herzmuskels zu erklären.

Der Vorgang, welcher diese habituelle Enge herbeiführt, besteht darin, dass die Brustwirbelsäule eine starke Krümmung mit nach vorne gerichteter Konkavität erfährt, wobei der Längsdurchmesser des Thorax verkleinert ist. Der obere Aufhängepunkt des Herzens nähert sich dem Zwerchfell, das Herz gleitet mit seiner Spitze nach links und unten, wodurch die bereits mehrfach erwähnte Querlage des Herzens zustandekomme. Richtet sich der Patient stramm auf, dann nimmt das Herz sofort eine normale Lage an, zugleich wird aber auch der Thorax der Tiefe nach erweitert, weil bei schlaffer Körperhaltung das Brustbein nach unten und hinten sinkt und auch die Rippen durch eine Drehung um die Querachsen der Rippenwirbelgelenke der Hinterwand des Brustkorbes sich nähern.

Ist das Herz klein und der Brustraum weit, dann führen diese Veränderungen zu keiner Beeinträchtigung des Herzens, in sehr vielen Fällen jedoch tritt eine Pressung des Herzens ein und bewirkt zunächst lästige subjektive Symptome, wie Herzklopfen und bei grösseren Anstrengungen das Gefühl einer behinderten Atmung. Objektiv ist eine Verlagerung des Spitzenstosses und eine Verbreiterung der Herzdämpfung nach links, bei höheren Graden auch nach rechts nachweisbar, ohne dass man mit dem Orthodiagraphen eine Vergrösserung des Herzvolums konstatieren könnte.

Diese Form der habituellen Enge des Thorax ist auch gewöhnlich bei fettleibigen Individuen fast immer mit einem Hochstand des Zwerchfelles gepaart, der ihre Wirkungen verstärkt. Dies hat zwei Ursachen, denn es werden einerseits durch das Herabsinken der Rippen die Baucheingeweide in die Konkavität des Zwerchfelles hineingepresst und anderseits macht sich der Einfluss des bei sitzender Lebensweise so häufig auftretenden Meteorismus des Darmes geltend.

[3]) Zeitschrift für klin. Medizin. 1908.

In diesen Fällen haben wir eine Kombination einer durch Verengerung des Thorax hervorgerufenen habituellen und fakultativen Enge vor uns. Mit der Zeit treten die weiteren schweren Folgen der mechanischen Behinderung des Herzens ein, Unregelmässigkeiten des Pulses, besonders zeitweises Aussetzen desselben, mit oder ohne Extrasystolen, eine Dilatation des linken Ventrikels, welche natürlich das Missverhältnis verstärkt, und schliesslich degenerative Prozesse im Herzmuskel. In der zitierten Arbeit habe ich auf solche Fälle bereits hingewiesen und die segensreichen Folgen einer Therapie geschildert, deren Endzweck die Erweiterung des Thorax ist.

Die fakultative Verengerung des Thorax durch Flüssigkeitsansammlung ober- oder unterhalb des Zwerchfelles infolge Hochdrängung des letzteren durch Tumoren in der Bauchhöhle, den schwangeren Uterus, Meteorismus u. s. w. haben wir bereits erwähnt. Ihnen allen gemeinsam ist, dass mit Ausnahme der Ergüsse in die linke Pleurahöhle unter allen Umständen eine Verlagegerung des Herzens nach links stattfindet, welche eine Vergrösserung des Herzens vortäuschen kann und meist ein systolisches Geräusch hervorruft. Handelt es sich um ein gesundes, aber nervös erregbares Herz, dann kann durch die Querlagerung allein schon das Auftreten beachtenswerter Beschwerden provoziert werden. Ich glaube bemerkt zu haben, dass bei blossem Hochstand des Zwerchfelles, z. B. in der Schwangerschaft, die funktionelle Leistungsfähigkeit des Herzens herabgesetzt ist, wenn sich eine Spaltung des zweiten Pulmonaltones nachweisen lässt. Vielleicht ist ein Teil der Symptomatologie des Myomherzens ebenfalls auf mechanischem Wege zu erklären.

Wenn schon bei normalem Herzmuskel und intakten Klappen die fakultative Enge Krankheitssymptome auszulösen vermag, so ist dies in noch viel höherem Masse bei inkompensierten oder notdürftig kompensierten, der Insuffizienz nahen Herzen der Fall. Diese Art der relativen Enge ist meines Wissens die einzige, welche bisher als solche erkannt und gewürdigt wurde. Man hat daher mit Recht seit jeher bei allen Kreislaufstörungen der Füllung des Magendarmkanales durch Ingesta und Gase viel Aufmerksamkeit geschenkt. Es ist daher überflüssig, hier zu erörtern, wie durch einen Hochstand des Zwerchfelles asthmatische und stenokardische Erscheinungen ausgelöst werden. Wie bedrohlich die letzteren werden können, ist allgemein bekannt. Es soll nur darauf hingewiesen werden, dass in den schweren Fällen meist nicht der Hochstand des Zwerchfelles allein sondern zugleich noch eine relative Enge anderer Art dabei mit im Spiele ist.

Referate.

II. Much: Die nach Ziehl nicht darstellbaren Formen des Tuberkelbazillus. Berliner klin. Wochenschr. 1908, № 14.

Es braucht wohl kaum darauf hingewiesen zu werden, wie viel daran gelegen ist, möglichst frühzeitig und möglichst präzise Tuberkulose auf Grund der bakterioskopischen Untersuchung zu diagnostizieren. Nun geschieht es aber nicht selten, dass in Fällen, die klinisch unter dem Bilde der Tuberkulose verlaufen, es nicht gelingt, mit Hilfe der Ziehl-Neelsenschen Färbungsmethode Tuberkelbazillen nachzuweisen, ja selbst in Organen, die pathologisch-anatomisch als tuberkulös anerkannt werden müssen, ist der Nachweis säurefester Tuberkelbazillen nicht immer möglich. Dabei können Impfversuche von solchem Material ein im Sinne der Tuberkulose positives Resultat ergeben und auch die Züchtung von Reinkulturen von Tuberkelbazillen positiv ausfallen. Much hat nun versucht, in Fällen, wo ihm der Nachweis der Tuberkelbazillen mit der üblichen Ziehlschen Färbung nicht gelang, die Gramsche Methode anzuwenden und ist hierbei zu sehr interessanten Ergebnissen gekommen. Er fand nämlich, dass es 2 Formen von Tuberkulosekeimen giebt, die sich nicht nach Ziehl färben lassen: 1) eine Stäbchenform, die z. T. granuliert ist und 2) eine Körnchenform, wobei die Körnchen einzeln oder in Haufen liegen können. Diese letztere Form ist durchaus virulent und existiert häufig als einzige durch Färbung nachweisbare Erscheinungsform des Tuberkulosekeims. Es finden Uebergänge zwischen beiden Formen und den nach Ziehl färbbaren Stäbchen statt. Bei der Färbung nach Gram lässt Much sowohl Ausstrich- wie Schnittpräparate 2×24 Stunden in der Anilinwassergentianaviolettlösung liegen, wobei alle Formen des Tuberkulosekeims sich leicht nachweisen lassen. Wurden Ausstriche von tuberkulösen Lungenstückchen auf Serumröhrchen gemacht und bei 37° belassen, so traten säurefeste Stäbchen erst nach 6 Tagen auf, während nach Gram färbbare Granula und Stäbchen vom dritten Tage an manifest waren. Alle Proben wurden selbstverständlich auf Freisein von anderen Mikroorganismen geprüft. Als Untersuchungsmaterial dienten tuberkulöse Organe von Rindern, Schafen und Schweinen und ein punktierter tuberkulöser Nierenabszess vom Menschen. Die Virulenz der verschiedenen Variationen des Tuberkulosekeims wurde in jedem Falle durch Impfungen an Tieren kontrolliert, wobei die nicht säurefesten Granula und Stäbchen sich stets als hoch virulent erwiesen. Um die Uebergänge der säurefesten in die nicht säurefesten Formen und umgekehrt darzustellen, machte Much folgende Versuche. Die Milch einer durch Behringsche Tuberkelbazillenpräparate immunisierten Kuh wurde durch das von Much und Römer angegebene Perhydraseverfahren von allen lebensfähigen Keimen befreit und darauf mit einer Kultur von Rindertuberkulosebazillen besät. Einige Zeit darauf waren sowohl nach Ziehl wie nach Gram Tuberkelbazillen nachzuweisen. Nach längerem Stehen bei 37° verschwanden aber die nach Ziehl färbbaren Bazillen, während nach Gram färbbare Granula vorhanden waren. Ein mit dieser Milch geimpftes Meerschwein ging an Tuberkulose ein, und in seinen Organen liessen sich nach Ziehl färbbare Stäbchen nachweisen. Nach Zusatz von Glyzerin zu der Milch und längerem Stehenlassen bei 37° traten in ihr wieder nach Ziehl färbbare Bazillen auf. Bei einem zweiten Versuch wurde ebensolche Perhydrasemilch mit verschiedenen Stämmen von Tuberkelbazillen vom Menschen und vom Rinde geimpft. In der mit menschlichen T.-Bazillen geimpften Milch waren diese nach 2×24-stündigem Stehen bei 37° nach Ziehl leicht nachweisbar; gleichzeitig liessen sich aber auch reichlich Granula und Stäbchen nach Gram konstatieren. In den mit Rindertuberkelbazillen geimpften Milchproben liessen sich dagegen nur gramfärbbare Granula und Stäbchen finden. Infektion von Meerschweinen mit dieser Milch ergab positives Resultat, und zwar wurden in den Organen sowohl der Tiere, die mit Rindertuberkelbazillenhaltiger Milch geimpft waren, wie derjenigen, die mit Milch + vom Menschen stammenden Bazillen infiziert waren, säurefeste Tuberkelbazillen gefunden. — Zum Schluss weist Much darauf hin, dass der vom Rinde stammende Tuberkelbazillus besondere Neigung zur Bildung der granulären Form zeigt und dass die Form, durch welche die Perlsucht der Rinder hervorgerufen wird, die höchste Virulenz besitzt. Der beim Menschen vorkommende Tuberkelbazillus ist verhältnismässig weniger virulent und zeichnet sich zugleich durch reichliche Bildung von Fettsäuresubstanz aus, während der erstere weniger Bedürfnis zu haben scheint, «sich mit einer Fettsäuresubstanz zu imprägnieren». Muchs Untersuchungen bilden jedenfalls einen wertvollen Beitrag zur Erforschung der Lebens- und Wachstumbedingungen der Tuberkelbazillen und könnten vielleicht die Richtungslinie für die Ergründung der Infektionswege der Tuberkulose bilden. Eine möglichst umfassende Nachprüfung dieser Untersuchungen wäre sehr wünschenswert.

Fr. Dörbeck.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 16./29. Januar 1908.

Anwesend 55 Mitglieder und als Gäste Dr. Dr. Biehler, Brennson, Lempert, Sarfels.

Eingelaufen 1. Das Statut des Marienkapitals für Aerzte, deren Wittwen und Waisen.

2. Trampedach-Hämatogenpräparat.

Punkt 1 der Tagesordnung: Dr. Thilo stellt einen 13-jährigen Knaben vor, der seit 6 Jahren an den Folgen einer Kinderlähmung leidet. Seit 6 Jahren konnte der Knabe nicht mehr gehen, er bewegte sich vorwärts in sitzender Stellung, indem er sich auf dem Fussboden mit den Händen vorwärts schob. Im letzten Sommer wollte er das Gehen durchaus erzwingen und stellte sich auf die Beine. Hieraus entstanden aber sehr üble Folgen (Angabe des Kranken). Am rechten Beine entstand ein X-bein, ausserdem befand sich das Knie in einer Beugestellung. Am linken Bein entstand ein Plattfuss und ein überstrecktes Knie (genu recurvatum). Die Muskeln beider Beine waren hochgradig geschwächt. Links zogen die Strecker des Kniegelenkes nur 1 Pfd., die Abzieher des Hüftgelenkes 1 Pfd. Tretübung 5 Pfd. Rechts zogen die Strecker des Kniegelenkes nur 1/2 Pfd. die Abzieher 2 Pfd. Treten 5 Pfd. In 2 Monaten waren durch Uebung und Massage die Kräfte aller dieser Muskeln verdoppelt, die Kräfte bei der Tretübung verdreifacht. Die Winkelstellung des Knies, das X-bein und die Plattfusstellung waren durch Schienen beseitigt. Der Knabe kann jetzt mit einer langen Beinschiene am rechten Beine und einer kurzen Fussschiene am linken Beine auf Krücken gehen, gegen 200 Schritte. Nach seinen bisherigen Erfahrungen an anderen Kranken hat Dr. Thilo die Aussicht, dass der Knabe einmal ohne Krücken mit Schienen allein gehen wird, denn es ist ihm mehrfach gelungen, durch seine Uebungen und durch Massage und Elektrisiren hochgradig geschwächte Muskeln wieder leistungsfähig zu machen. Er erläutert dieses an einigen Curven. Eine dieser Curven zeigt, dass ein Mädchen mit den Streckmuskeln des Kniegelenkes anfangs nur 100 grm. ziehen konnte, allmählich aber eine Zugkraft von 2000 grm. erreichte. Auch hier war durch eine Kinderlähmung die Schwächung des m. quadriceps eingetreten.

Punkt II. Dr. Brutzer: stellt einen Fall von Aneurysma der rechten a. subclavia vor. Die 52-jährige Pat. bemerkte vor 4 Jahren zuerst die damals kl. Geschwulst über der rechten Clavicula. Seit 3 Monaten heftige Schmerzen im rechten Arme und Lähmung durch Druck des Tumors auf den Plexus brach. Der Tumor ist jetzt faustgross, derb elastisch, prominiert halbkugelig, im unteren Halsdreieck. Röntgendurchleuchtung ergibt gleichfalls eine runde Form nach unten in den Thorax ragend. Der Aortenbogen wird nicht erreicht. Keine Pulsation, kein Schwirren, rechts Carotispuls normal, rechts Radialpuls bedeutend schwächer als links aber synchron. Bei einer Punktion wurde reines Blut aspiriert. Anamnestisch kein Anhaltspunkt. Differentialdiagnostisch käme noch cystisches Angiom in Betracht, doch scheint das durch die Pulsdifferenz unwahrscheinlich.

P. III. Dr. Poorten demonstriert von ihm nach der Natur gemalte Cystoscop. Bilder. Es handelt sich um eine ca. 30-j. P., die seit 10 Jahren in ärztlicher Behandlung gestanden hatte, ohne dass ihr Leiden, in Kreuz und Rückenschmerzen bestehend, sich gebessert hatte. Es gelang ihm, durch Cystoscopie und Ureterencath. die Diagnose auf linkss. Nierentuberkulose zu stellen. Tbc.-befund positiv sowohl aus dem Blasen- als auch aus dem linkss. Nierenurin. Nach Nierenexstirpation durch Dr. Helmboldt schnelle Rekonvaleszenz bei primärer Verheilung des Schnittes. Patientin ging zur Erholung auf's Land und kam fiebernd mit Schmerzen in der linken Nierengegend zurück, Urin trübe, keine Tbc.-baz. Die Cystoskopie zeigt, dass sich von Zeit zu Zeit aus der Mündungsstelle des extirpierten l. Ureters Eiter wie aus einer Tube entleert und in wurstförmigem Haufen auf dem Blasengrunde liegen bleibt. Eröffnung des Abscesses wird abgelehnt. Dieser wird immer grösser, es tritt starke Psoasreizung ein, so dass Pat. das Bein garnicht strecken kann. Temperatur steigt und Pat. kommt stark herunter. Als sie sich zur Operation entschliesst ist der Abscess, der über dem Ligament. Poupartii sin. geöffnet wird, reichlich doppelt-faustgross. Poorten weist darauf hin, wie wichtig die cystosk. Untersuchung ist; in diesem Falle konnte nicht nur die Tbc. der l. Niere bei Gesundsein der rechten durch den Uretherenkathet. diagnostiziert werden, sondern auch der offenbar tuberkulöse Abscess durch die Cystoscopie ganz im Beginne entdeckt und seine Lokalisierung genau bestimmt werden.

(Autoreferat).

Punkt IV. Dr. Weinberg hält seinen Vortrag über den Heilungsprozess der Gonorrhoe.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Goldenes Arztjubiläum. In Warschau beging vor kurzem der Chefarzt des dortigen Ophthalmologischen Instituts, Staatsrat Dr. Boleslaw Höpner, das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Tätigkeit. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 74. Lebensjahre steht, fungiert seit mehreren Dezennien auch als Eisenbahnarzt an der Warschauer Linie.

— Der bekannte Anatom Prof. Dr. med. et phil. Wilhelm Krause, Laboratoriumsvorstand am anatomischen Institut der Berliner Universität, vollendete am 12. Juli sein 75. Lebensjahr. Er wurde 1860 ausserordentlicher Professor in Göttingen, von wo er 1892 an das Berliner anatomische Institut berufen wurde, an dem er noch gegenwärtig als Leiter des Laboratoriums fungiert. Sein 50-jähriges Doktorjubiläum hat er bereits im J. 1905 gefeiert. Literarisch ist Prof. Krause sehr fruchtbar gewesen, denn er hat über 300 Arbeiten auf verschiedenen Gebieten veröffentlicht, darunter ein Handbuch der Anatomie des Menschen im J. 1905.

— Es hält sich das Gerücht, dass der Professor ord. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der Dorpater Universität, Dr. Wladimir Tschish, in nächster Zeit seine Lehrtätigkeit in Dorpat aufgeben wird. Am 1. Juli d. J. vollendeten sich 17 Jahre, seit er auf diesen Lehrstuhl berufen wurde.

— Der Oberarzt des Poltawaschen Kadettenkorps Dr. Konst. Daschkewitsch ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirkl. Staatsrat.

— Zum Gehülfen des Militär-Medizinalinspektors des Omskischen Militärbezirks ist der bisherige Brigadearzt der 3. sibirischen Inf.-Brigade, wirkl. Staatsrat Dr. Joh. Tschulowski, ernannt worden.

— Der Privatdozent und erste Assistent am pharmakologischen Institut der Berliner Universität Dr. Wolfgang Heubner hat einen Ruf als ausserordentlicher Professor und Direktor des pharmakologischen Instituts in Göttingen erhalten und wird dem Rufe Folge leisten. Er tritt dort an die Stelle des nach Tübingen berufenen Professors Dr. K. Jacobi.

— Der freipraktizierende Arzt auf dem Gute Neu-Camby (im Dörptschen Kreise) Dr. Ernst Krupp ist zum Kreisarzt in Ostrow (Gouv. Pleskau) ernannt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 30. Juni in Moskau der dortige praktische Arzt Dr. Eduard v. Fick im nahezu vollendeten 73. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1854—59 studierte und der Korporation Estonia angehörte. Nach Erlangung der Doktorwürde im J. 1860 liess er sich in Kegel (Estland) als Kirchspielsarzt nieder, war dann Landschaftsarzt in Jeletz (Gouv. Orel) und später in Putiwl (Gouv. Kursk) und von 1876 an viele Jahre Stadtarzt in Baltischport (Estland). In der letzten Zeit lebte er als freipraktizierender Arzt in Moskau und war zugleich Direktor an der Aktiengesellschaft (Drogengeschäft) K. Köhler & Co. daselbst. 2) Am 14. Juni in Starobjelsk (Gouv. Charkow) der dortige Landschaftsarzt Dr. Georg Prichodko im Alter von 50 Jahren am Flecktyphus. Der Verstorbene hatte sich während seiner 25-jährigen ärztlichen Tätigkeit in diesem Kreise viel Liebe unter der dortigen Bevölkerung erworben. 3) Am 28. Mai in Bogoduchow (Gouv. Charkow) der Landschaftsarzt Dr. Lyssenko am Flecktyphus. Die Landschaft hat seiner Familie, die mittellos zurückgeblieben ist, eine Pension von 700 Rbl. jährlich ausgesetzt. 4) Am 22. Juni in Odessa Dr. M. Hochberg im 30. Lebensjahre am Flecktyphus nach kaum zweijähriger ärztlicher Tätigkeit. 5) Am 12. Juni in Jelissawetgrad der Student der Medizin des IV. Kursus der Moskauer Universität Gerassimow, der dort an der Bekämpfung der Flecktyphusepidemie mitarbeitete, sehr bald aber selbst ein Opfer dieser Seuche wurde.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die Vorlage über die Eröffnung der Universität Saratow im nächsten Jahre, und zwar fürs erste nur mit einer medizinischen Fakultät, wird, wie die «Pet. Telegraph.-Agentur» meldet, vom Ministerium der Volksaufklärung im Herbst d. J. in die Reichsduma eingebracht werden.

— In der militär-medizinischen Akademie hört am 15. Juli die Annahme von Gesuchen um Aufnahme in die Akademie auf. Es sind bereits gegen 300 Gesuche eingelaufen, während die Zahl der Vakanzen nur 200 beträgt.

— Ein Herr Skoropadski hat das Konseil des hiesigen Psycho-Neurologischen-Instituts davon benachrichtigt, dass er zugunsten dieses Instituts 25,000 Rbl., und zwar in Raten von 5000 Rbl., zu spenden gedenkt. Dieses Kapital beabsichtigt das Konseil zur Einrichtung einer besonderen Abteilung für Epileptiker bei den Kliniken des Instituts zu verwenden.

— Die Zahl der Hörer im Psycho-Neurologischen Institut betrug in dem verflossenen I. Semester mehr als 400. Das nächste Semester beginnt im September und schliesst mit dem Dezember dieses Jahres, worauf die Hörer nach bestandener Prüfung in den II. Kursus übergeführt werden und die Aufnahme neuer Hörer in den I. Kursus stattfindet.

— Von der medizinischen Schule in Kairo sind dem anatomischen Museum der Odessaer Universität sechs ägyptische Mumien, die aus der Zeit von wenigstens 5000 Jahren vor Christi Geburt stammen, als Geschenk dargebracht worden.

Standesangelegenheiten.

— Der Jaltasche Arzt Dr. W. I. Ssaltykowski, welcher auf die Anklage hin, an revolutionären Meetings und an der Organisation einer Miliz in Jalta teilgenommen zu haben, von der ersten Instanz zu einem Jahr Festungshaft verurteilt worden war, ist jetzt von der Gerichtskammer in Simferopol freigesprochen worden.

— Dr. N. M. Butorin ist für Beteiligung am Lehrerbunde in Perm von der Kasanschen Gerichtskammer zu einer Festungshaft von 5 Monaten verurteilt worden.

— Entlassungen von Aerzten in Odessa. Die neue Stadtduma und das neue Stadtamt von Odessa, die, wenn wir uns nicht irren, erst seit dem Herbst vorigen Jahres am Ruder sind, scheinen nicht nur mit den in ihrem Ressort dienenden fortschrittlichen Beamten, sondern auch mit den im Dienste der Stadt stehenden «fortschrittlich» gesinnten Aerzten und Hospitalbediensteten radikal aufräumen zu wollen. So sind nacheinander in kurzer Zeit von der Stadtverwaltung aus der Zahl der städtischen Aerzte entlassen worden: der Leiter des Chadshibeischen Limans Dr. A. Tschauschanski, welcher 28 Jahre im Dienst der Stadt gestanden hat, sodann der Oberarzt des Stadthospitals Dr. Ssabanejew, der Chirurg Dr. Du Bouchet (der übrigens auch aus Russland ausgewiesen wurde), der Gehülfe des Oberarztes Dr. Burda, sowie die Ordinatoren des Stadthospitals Dr. Grünfeld und Dr. Naibandow. Ausserdem sind der Aufseher des Stadthosp., sein Gehülfe und 90 Mann vom niederen Personal des Neuen Stadthospitals verabschiedet worden. Neuerdings haben die Odessaer Stadtväter auch beschlossen, aus dem Budget der bakteriologischen Station den Ausgabeposten im Betrage von 3000 Rbl. für den Unterhalt des Chefs dieser Station zu streichen und den langjährigen tüchtigen Leiter dieser Station Dr. P. Diatroptow zu entlassen. Die Entlassung des Leiters der bakteriologischen Station wurde damit motiviert, dass die Station der Stadt keinerlei Nutzen bringe und daher jegliche Ausgaben für dieselbe unproduktiv seien. — Dr. Diatroptow, der sich lange Zeit mit wissenschaftlichen Untersuchungen im Pasteur-Institut in Paris beschäftigt und während der Pest in Odessa in den Jahren 1901 und 1902 sich grosse Verdienste um die Stadt erworben hat, hatte noch kürzlich einen Ruf nach Moskau erhalten, jedoch diesen abgelehnt, da er sich Odessa gegenüber verpflichtet fühlte. Jetzt haben ihn die Stadtverordneten für überflüssig erklärt und die Station in die Hände unerfahrener Leute ohne wissenschaftliche Autorität gegeben.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Das 50-jährige Jubiläum des Darwinismus wurde am 1. Juli von den Mitgliedern der «Linné-Gesellschaft» in London begangen. An diesem Tage des Jahres 1858 veröffentlichte nämlich Charles Darwin in Gemeinschaft mit Dr. Alfred Russel Wallace, der heute noch zu den Lebenden zählt, seine neue Theorie. Mit besonderer Begeisterung wurden der alte Dr. Wallace, welcher trotz seiner 85 Jahre noch immer kräftig und gesund ist, sowie der 91 Jahre alte Botaniker Sir Joseph Hooker, auch ein Mitarbeiter Darwins, von der zahlreichen Festversammlung begrüsst. Es waren zu dem Jubiläum sieben Festmedaillen geprägt, die denen zuteil werden sollten, die sich um die Darwinsche Lehre am meisten verdient gemacht haben. Für Deutschland ist es eine besondere Genugtuung, dass drei dieser Medaillen deutschen Gelehrten: dem Jenaer Zoologen Prof. Ernst Häckel, dem Bonner Botaniker Prof. Eduard Strassburger und dem Freiburger Zoologen Prof. August Weismann zuerkannt wurden. Die übrigen Medaillen erhielten ausschliesslich Engländer, nämlich die Genossen Darwins, Dr. Alfred Wallace und Sir Joseph Dalton Hooker, sowie Dr. Francis Galton und Sir E. Ray Lankester.

— Die Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau hat in den Vorstand für das laufende Jahr gewählt: den Privatdozenten Dr. A. Kissel — als Präses, Dr. A. A. Ssokolow — als Vizepräses, den Prosektor Dr. Kolli und den Privatdozenten Dr. A. Langowoi — als Sekretäre, sowie Dr. Alex. Hippius — als Kassierer.

— Auf dem im Mai d. J. in Prag stattgehabten Kongress tschechischer Naturforscher und Aerzte, an welchem auch einige russische Aerzte, wie die Professoren D. Ott und N. W. Petrow und die Aerztin M. Dokuschewskaja aus Petersburg, teilgenommen haben, ist u. a. auch die Idee angeregt worden, einen allslavischen medizinischen Kongress in Petersburg oder Moskau zu veranstalten.

Verschiedene Mitteilungen.

— Das von der Gesellschaft russischer Aerzte geleitete Sanatorium für unbemittelte Lungenkranke in Jalta hat nach dem Rechenschaftsbericht in der Zeit von der Eröffnung desselben am 3. Dezember 1906 bis zum 1. Juni 1907 im ganzen 58 Kranke, zusammen 6728 Tage, verpflegt und in dieser Zeit 20,380 Rbl. verausgabt; es kam somit der Unterhalt eines Kranken 3 Rbl. täglich zu stehen. Die Einnahmen betrugen 29,670 Rbl., welche durch die Zahlungen der Kranken im Betrage von 14,670 Rbl., die Subvention der Hauptverwaltung des Roten Kreuzes im Betrage von 10,000 Rbl. sowie die Beisteuer der Regierung für den Unterhalt des Sanatoriums im Betrage von 5000 Rbl. zusammenkamen. Was die Resultate der Behandlung anbelangt, so schwanden die subjektiven und objektiven Symptome bei 6 Personen (10,3 pCt.), trat eine Besserung der objektiven Symptome bei 29 Personen (50,0 pCt.) und eine Besserung des Allgemeinbefindens bei 13 Personen (22,4 pCt.) ein, blieben unverändert 9 Personen (15,5 pCt.) und verschlimmerte sich der Zustand bei 1 Person (1,7 pCt.). (R. Wr.).

— Nach einer Erläuterung des Medizinalrats, betreffend die Prüfung von Apothekergehülfen, können Personen, welche die vom Gesetz vorgeschriebene Zeit als Apothekerlehrlinge gearbeitet haben, zu dem Examen behufs Erlangung des Grades eines Apothekergehülfen nicht später als ein Jahr nach ihrem Austritt aus der Apotheke zugelassen werden.

— Der Flecktyphus herrscht seit Monaten epidemisch in fast allen Teilen des Russischen Reiches und fordert täglich zahlreiche Opfer. Selbst in so wohlhabenden Städten, wie Moskau und Kiew, gelingt es kaum, die dort seit Monaten grassierende Flecktyphusepidemie allmählich einzuschränken. In Kiew ist sogar der in der Gerichtspraxis wohl seltene Fall vorgekommen, dass im dortigen Militär-Bezirksgericht die auf den 26. Juni angesetzte Verhandlung eines Prozesses gegen sechs wegen Raubmordes Angeklagte aufgeschoben werden musste, weil sämtliche Angeklagte im Gefängnis am Flechtyphus erkrankt waren und einer von ihnen bereits daran gestorben ist. Man kann sich daher nicht wundern, dass auch so viele Aerzte in Russland ein Opfer

des Flecktyphus werden, wie das die Nekrologe von 4 Aerzten in der heutigen Nummer und von 3 Aerzten in unserer Nr. 21, welche sämtlich kurz nacheinander dem Flecktyphus erlegen sind, beweisen.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. Juni d. J. 11004 (25 weniger als in der Vorwoche), darunter 717 Typhus abdom. — (37 wen.), 3 Typhus exanthemat. — (2 wen.), 327 Febris recur. (56 wen.), 435 Syphilis — (17 mehr), 307 vener. Kranke — (3 mehr), 210 Scharlach — (2 mehr), 171 Diphtherie — (4 mehr), 99 Masern — (21 wen.), 179 Pockenkranke — (6 mehr als in der Vorw.) und 1 Windpockenkr.

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 8. bis zum 14. Juni d. J. im ganzen 955, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus abdominalis 42, Febris recurrens 5, Pocken 14, Masern 56, Scharlach 20, Diphtherie 12, Keuchhusten 10, Krupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 2, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 94, Ruhr 1, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 102, Tuberkulose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 52, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungskanals 181, andere Krankheiten 260. Ausserdem 51 Totgeborene.

Am 21. Juni d. J. betrug die Zahl der Kranken 10919 (85 wen. als in der Vorwoche.), darunter 693 Typh. abd. — (24 wen.), 5 Typh. exanthemat. — (2 mehr), 282 Febris recur. — (45 wen.), 430 Syphilis — (5 wen.), 355 vener. Kranke (48 mehr), 212 Scharlach — (2 mehr), 170 Diphtherie — (1 wen.), 92 Masern — (7 wen.), 194 Pockenkranke (15 mehr als in der Vorw.) und 1 Windpockenkr.

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 15. bis zum 21. Juni d. J. im ganzen 928, darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 3, Typhus abdom. 27, Febris recurrens 3, Pocken 17, Masern 53, Scharlach 14, Diphtherie 16, Keuchhusten 6, Krupöse Lungenentzündung 32, Erysipelas 6, Grippe 5, Katarrhalische Lungenentzündung 99, Ruhr 4, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 17, Tuberkulose der Lungen 100, Tuberkulose anderer Organe 20, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 194, andere Krankheiten 293 — Ausserdem 43 Totgeborene.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel**, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Mareinczik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (4) —52.

Dr. Emmerich's Sanatorium B.-Baden Gegr. 1890

Morphium etc. **Alkohol-Kranke.**

Mildeste Form d. Morph. Entz. ohne Zwang unter sof. Wegfall der Spritze i. 4—6 Woch. Alkohol-Entwöhn. n. erpr. Verfahr. Prosp. kostenl. 2 Ärzte. Bes. u. dir. Arzt Dr. A. Meyer.

Statt Eisen! **Statt Leberthran!**

Haematogen HOMMEL

alkohol- und ätherfrei.

Frei von **Borsäure, Salicylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin, noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweissstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von höchstem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

- **Grosse Erfolge bei Rhachitis, Scrophulose, Anaemie, Frauenkrankheiten. Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.)
- **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern ausserordentlich gern genommen. Mächtig appetitanregend.**

Haematogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch **unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen,** gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Aether etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Mit unserem neuesten, auch im Geschmack bedeutend verbesserten **Haematogen Hommel**, können wir den Herren Aerzten ein **ideales, völlig reines, unbegrenzt haltbares Haemoglobin-Präparat** an Hand geben. Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir

stets **Haematogen HOMMEL** zu ordinieren.

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **grössere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten gerne frei und kostenlos zur Verfügung.

Zu haben in allen Apotheken und Apothekermagazinen.

Nicolay & Co., St. Petersburg, Smolenskaja, 33, Zürich, Hanau a. M. und London.

(37) 24—13.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 29 St. Petersburg, den 19. Juli (1. August). 1908.

Ein Fall von Huntingtonscher Chorea.

Von

Dr. A. Friedenthal-Seewald (Reval).

Vortrag, gehalten auf dem IV. estländischen Aerztetage in Reval im November 1907.

Vor einigen Wochen wurde in die Irrenanstalt „Seewald" ein Patient aufgenommen, der das Bild einer recht seltenen Krankheit, der Huntingtonschen Chorea, bietet. Bevor ich Ihnen den Kranken demonstriere, möchte ich mir erlauben, in aller Kürze einiges über das Wesen und den Verlauf dieser Krankheit vorauszuschicken.

1872 hat Huntington dieses nach ihm benannte Krankheitsbild als Krankheit sui generis gegen die Chorea Sydenham abzugrenzen versucht. Heute scheint die Huntingtonsche Ansicht allgemein zu gelten, dass es sich bei der H. Chorea um eine gut charakterisierte Krankheit handelt, die mit der S. Chorea nur die s. g. choreatischen Bewegungen gemein hat. Die von Charcot und Jolly vertretene Ansicht, dass diese Abtrennung von S. Chorea eine unbegründete sei, scheint nur noch wenige Anhänger zu zählen.

Ueber die Aetiologie wissen wir so gut wie nichts. Nur so viel steht fest, dass die Heredität eine exquisit wichtige Rolle spielt. Es sind Chorea-Familien bekannt geworden, in denen sich das Leiden durch 3, 4 auch 5 Generationen verfolgen liess. Die meisten dieser Familien gehören auffallender Weise den ärmeren Klassen, besonders der Landbevölkerung, an. Ausser der gleichartigen Vererbung scheint die Tatsache festzustehen, dass jede folgende Generation einer Chorea-Familie in jüngeren Jahren erkrankt als die Aszendenten. Für einen degenerativen Charakter des Leidens spricht der Umstand, dass in Chorea-Familien Epilepsie, funktionelle Psychosen, angeborener Schwachsinn und abnorme Charaktere überaus häufig anzutreffen sind. Als auslösende Ursache sind in einzelnen Fällen Schreck, ein Trauma, auch das Puerperium angegeben worden, mit welchem Recht dürfte schwer zu entscheiden sein.

Der Beginn des Leidens, das bei Männern und Frauen gleich häufig zu sein scheint, fällt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zwischen das 30. und 40. Lebensjahr. Huntington selbst hielt diesen Zeitpunkt des Beginns für ein besonderes Charakteristikum. In der Folge sind nun Fälle bekannt geworden, in denen die Krankheit einerseits bereits im 2. Jahrzehnt, andererseits erst jenseits des 60. Lebensjahres einsetzte. Die Entwickelung ist eine schleichende. Der Verlauf durchaus chronisch, oft über Jahrzehnte sich erstreckend. Heilungen sind bisher nie beobachtet worden, ganz vereinzelt Remissionen.

Das klinische Bild der H. Chorea zeigt Störungen sowohl auf somatischem, als auch auf psychischem Gebiet.

Auf somatischem Gebiet sind die Störungen der Bewegungen am meisten in die Augen fallend. Bald in diesen, bald in jenen Muskelgruppen treten ungewollte, oft recht komplizierte, den koordinierten ähnliche Bewegungen auf; ihrem Charakter nach gleichen sie den Bewegungen bei der S. Chorea, allerdings sind sie langsamer und weniger stürmisch, halten sich meist in mässigen Grenzen, auch nach jahrelanger Dauer sind die Kranken meist im Stande, selbst zu essen, sich anzukleiden, auch gröbere Arbeiten zu verrichten. Die Be-

wegungen werden besonders ausgiebig unter dem Einfluss psychischer Erregung, z. B. wenn man den Kranken anredet, ihn untersucht oder auf irgend eine Weise die Aufmerksamkeit auf ihn richtet. Durch den Willen können die Bewegungen z. T. unterdrückt werden, so dass auch intendierte Bewegungen hemmend auf die Zuckungen in den betreffenden Muskeln wirken. Gerade diesem Moment, der Hemmung durch intendierte Bewegungen wird von vielen Seiten eine wichtige differentialdiagnostische Bedeutung gegenüber der S. Chorea zugemessen. — Im Schlaf hören die Bewegungen meist auf. Am stärksten pflegen die oberen Extremitäten befallen zu werden, meist sind aber auch alle übrigen Regionen mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen. Die grobe Kraft der Muskeln bleibt fast stets gut erhalten. Die Artikulation leidet auch unter den choreatischen Bewegungen, die Sprache wird verwaschen undeutlich, die Worte werden hervorgestossen. In den schwersten Fällen wird die Sprache derart verändert, dass sie nur aus einer Reihe kaum artikulierter Laute besteht.

Ein konstantes Symptom sind die gesteigerten Sehnenreflexe. Anderweitige Störungen von Seiten des Nervensystems fehlen. Die inneren Organe bieten keinerlei irgend wie charakteristischen Veränderungen, besonders fehlen Erkrankungen des Herzens und der Gelenke. Ganz vereinzelt sind im Verlauf der Krankheit epileptiforme Anfälle und hemiplegische Lähmungen beobachtet worden, auf der gelähmten Seite waren in der Folge die Zuckungen stets schwächer, als auf der gesunden.

Die bei H. Chorea anzutreffenden psychischen Veränderungen tragen einen ausgesprochnen destruktiven Charakter, sie führen bald langsam, bald schnell zu oft recht tiefgehender Verblödung. Der Beginn dieser dauernden Schädigung fällt entweder mit der Entwickelung der somatischen Störungen zusammen, oder folgt ihnen erst nach geraumer Zeit. In der Literatur finden sich zwar vereinzelte Fälle beschrieben, wo sogar nach jahrelanger Dauer, bis zu 7 Jahren, eine deutliche Verblödung nicht nachweisbar war. Allzu viel Gewicht wäre dem wohl nicht beizulegen, da ja das Leiden und damit die Möglichkeit zu verblöden noch nicht abgeschlossen waren. Die psychische Erkrankung nimmt meist folgenden Verlauf: die Kranken verlieren die Fähigkeit zur Arbeit, werden stumpf, gleichgiltig und urteilsschwach, dabei leicht reizbar und veröden im Lauf der Jahre immer mehr. Neben dieser dauernden Schädigung, oft dieselbe einleitend, oder im Verlauf derselben treten zwischen durch die verschiedensten Zustandsbilder auf: Erregungen mit zahlreichen Sinnestäuschungen, Angstzustände, trübe Verstimmung, Verfolgungsideen. Alle diese Erscheinungen sind meist flüchtiger Natur. Sie sind in keiner Weise charakteristisch für die H. Chorea sondern gleichen völlig analogen Zustandsbildern im Verlaufe anderer Psychosen.

Für die Diagnose der H. Chorea und die Abgrenzung derselben gegenüber anderen Krankheitsbildern, die auch mit choreatischen Bewegungen einhergehen, scheint die bisher fast ausnahmlos beobachtete Verblödung von einiger Wichtigkeit zu sein. Diese Verblödung die sich hauptsächlich in der Vernichtung der geistigen und gemütlichen Regsamkeit zeigt, scheint das Krankheitsbild fast ebenso gut, vielleicht sogar noch besser zu charakterisieren, als die Heredität, die in einigen sonst typischen Fällen nicht nachweisbar war.

Die Zahl der bisher pathologisch-anatomisch untersuchten Fälle ist nicht allzu zahlreich. Veränderungen fanden sich stets. Im wesentlichen handelte es sich um eine chronische interstitielle Encephalitis. Makroskopische Befunde waren: Atrophie des Hirns, Ventrikelhydrops, Verdickungen und Verwachsungen der Meningen, vereinzelt auch Anomalien der Entwicklung.

Histologisch fand sich eine diffuse oder auch disseminierte Zellwucherung in allen Teilen, vorzugsweise in der motorischen Region; Wucherung der Glia, Schwund der Tangentialfasern, Degeneration und Schwund der kleinen Pyramidenzellen der 2. und 3. Schicht, dabei völliges Intaktsein der B e t z schen Riesenzellen. Die Gefässe fanden sich zuweilen auch verändert, sie zeigten Verdickungen und Proliferation der Adventitia, zellige Infiltration und Blutungen in die perivaskulären Lymphräume. Die Veränderungen in den Meningen bestanden in einzelnen Fällen in kleinzelliger Infiltration entlang den Gefässen. — Die Befunde sind zahlreich, scheinen aber noch kein einheitliches, scharf umrissenes pathologisch-anatomisches Bild zu geben.

Die Therapie ist dem Leiden gegenüber völlig machtlos.

Ich will mich nun der Besprechung des vorliegenden Krankheitsfalles zuwenden.

Der Patient Peter L. ist 38 Jahre alt, unverheiratet, Landarbeiter, stammt aus Dago. Der Vater, ein Bruder desselben und ein Bruder des Patienten sollen an derselben Krankheit gelitten haben. Auch ein Sohn des letzterwähnten Bruders soll an „Zuckungen" leiden. Der Bruder unseres Patienten soll in den letzten 10 Jahren seines Lebens schwachsinnig gewesen sein. — Genauere Angaben waren nicht zu erhalten.

Patient soll im 1. Lebensjahr schwere Pocken durchgemacht haben. Bekannte wollen schon in frühster Kindheit, bald nach der Pockenerkankung, Bewegungsstörungen in den Händen bemerkt haben, das Kind liess auffallend oft seine Spielsachen aus den Händen fallen. Die Eltern sollen anfangs nichts auffälliges bemerkt haben. Erst ca. um das 12. Jahr wollen sie die ersten leichten Zuckungen in den Händen wahrgenommen haben, bald nach einem Sturz des Knaben ins Wasser. Die Zuckungen sollen sich langsam im Lauf der Jahre auf den ganzen Körper ausgedehnt und ganz allmählich an Stärke zugenommen haben. Patient galt für einfältig und soll von seinen Altersgenossen seines Leidens wegen viel gehänselt worden sein. Bis vor 3 Jahren hat er sich seinen Unterhalt verdient. Seitdem beschäftigungslos, trieb er sich umher, bettelte, wurde leicht reizbar, böse, zuweilen auch drohend, zeigte die Neigung zu konfabulieren. Schlimmeres hat er sich nicht zu Schulden kommen lassen.

Im klinischen Bilde fallen zunächst die Bewegungsstörungen auf. In den verschiedensten Muskelgruppen treten bald hier, bald da Zuckungen auf. Der Körper wird hin- und hergeschnellt, der Rumpf gebeugt, gedreht, die Arme bald auf die Brust, bald auf den Rücken gelegt, der Kopf gewendet, gehoben, gesenkt, die Finger gespreizt, gebeugt, gestreckt, besonders der Zeigefinger, dazwischen schnalzt Patient mit den Fingern. Die Beine werden rotiert, die Füsse stampfend auf den Boden gesetzt. Der Gang ist eigentümlich wippend, tanzend. Am stärksten sind die Arme betroffen. Die Zunge schnellt beim Vorstrecken immer wieder zurück, mit grosser Anstrengung kann Pat. dieselbe einige Sekunden ruhig halten. Die Augenmuskeln sind auch beteiligt, Pat. kann einem vor dem Auge hinbewegtem Gegenstande nicht stetig folgen. Die Artikulation zeigt ebenfalls Störungen, Pat. spricht in Absätzen, stockt dazwischen, und stösst die Worte ruckweise, überhastend hervor. Gar nicht selten bringt er in der Ruhe merkwürdige, gurgelnde, grunzende Laute hervor.

Die Bewegungen verstärken sich deutlich unter dem Einfluss psychischer Erregung. Intendierte Bewegungen

wirken hemmend, Patient isst ohne etwas zu verschütten, kleidet sich selbst an, schafft bei allen Arbeiten im Freien fleissig mit. Im tiefen Schlaf sistieren die Bewegungen völlig. — Eigentümlich ist die Körperhaltung des Kranken: der Kopf auf die Brust gebeugt, die Lendenwirbelsäule stark lordotisch, die Arme, etwas vom Rumpf abgehoben, hängen herab. — Die Sensibilität ohne gröbere Störungen. Geringe Druckempfindlichkeit der proces. spinosi der untersten Hals- und obersten Brustwirbel. Sehr ausgesprochene Dermographie. Die Sehnenreflexe deutlich gesteigert. Der übrige Organbefund ohne Besonderheiten.

In psychischer Beziehung fiel bereits nach kurzer Beobachtung eine deutliche Abstumpfung auf. Pat. lebt sorglos in den Tag hinein, macht sich keine Gedanken über die Zukunft, froh, in der Anstalt zu sein, er wünscht sich nichts besseres. Zeigt auffallend wenig Interesse für seine Umgebung, knüpft keinerlei Beziehungen an, spricht nur, wenn er angeredet wird, oder wenn er Tabak braucht. Zeitlich sehr mangelhaft orientiert. Mit den einfachsten Additionen geht es nicht. Die Kenntnisse scheinen passabel erhalten zu sein. Auffallenderweise bestreitet er strikt, dass andere Familienglieder an derselben Krankheit gelitten, versichert, dass er erst seit 2—3 Jahren krank sei, vorher habe es nicht in den Händen gezuckt. Erzählt, er habe die Schule besucht, was nicht der Fall gewesen ist. Weiss kaum einen Namen aus seiner jetzigen Umgebung. Meist steht er still und gleichgiltig in einem Winkel, ein sehr beliebter Aufenthaltsort ist das Kloset, wo er oft viertelstundenlang steht. Von leichter Reizbarkeit und Zornausbrüchen, über die von Seiten der Angehörigen geklagt worden, ist hier nichts zu bemerken gewesen.

Das Auffallendste am vorliegenden Fall ist der überaus frühe Beginn des Leidens. Sollten die Angaben, dass die ersten Bewegungsstörungen bereits im 1. oder 2. Lebensjahr aufgetreten sind, stimmen, so wäre das meines Wissens der erste Fall seiner Art. Ungewöhnlich scheint mir ferner die eigentümliche Haltung des Kopfes und die Lordose der Lendenwirbelsäule zu sein, die man sich beide vielleicht durch fortwährenden Muskelzug entstanden denken kann.

Im übrigen scheint mir der Fall nichts Neues für die Symptomatologie zu enthalten.

Ich bin mir dessen wohl bewusst, dass ich im Vorgetragenen nichts Neues und Unbekanntes gebracht habe. Trotzdem glaubte ich, Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen zu dürfen, da es sich um ein seltenes, nur ab und an zu beobachtendes, Krankheitsbild handelte.

Aus der Dorpater Chirurgischen Klinik des Prof. W. Zoege v. Manteuffel.

Ein Fall von Trauma des Hinterkopfes.

Von

Wolfgang Reyher.

(Vortrag, gehalten in der Medizinischen Gesellschaft zu Dorpat).

Meine Herren. Wenn man die ältere Literatur der Schädelverletzungen durchsieht, fällt es einem auf, wie wenig Beachtung dabei der in Mitleidenschaft gezogenen Psyche des Kranken geschenkt wird.

Erst der naturwissenschaftliche Weltanschauung der letzten Jahrzehnte war es vorbehalten den „funktionellen Störungen" zu ihrem pathologisch-anatomischen Substrat zu verhelfen. Geister wie: Hitzig, Goltz, Munk, Nothnagel, Flechsig, Brown-Séquard, Bechterew, Monakow erschlossen uns das Gebiet der Gehirnlokalisation und Assoziationsbahnen. Von ihren geistvollen Schlüssen über Ausfallserscheinungen werden jetzt die chirurgische Diagnose, Indikation und Prognose bei Gehirnerkrankungen und Schädelverletzungen beherrscht. Auf die Ausfallserscheinungen hat jetzt der behandelnde Arzt seine Hauptaufmerksamkeit zu richten, da uns diese allein ein Urteil über die Schwere der Verletzung, respektive Ausdehnung der Erkrankung erlauben.

Ganz interessant ist in dieser Beziehung ein Patient, den die chirurgische Klinik am 2. Februar 1908 zugeschickt bekam.

S. J. aus Kamby, Waldarbeiter, 17 Jahre alt. Aufgenommen den 2. Februar 1908. Entlassen den 30. März 1908

Diagnose: Fractura cranii subcutanea, commotio cerebri et contusio cerebri occipitalis et parietalis sinistra et dextra.

Anamnese: Pat. war vor 6 Stunden beim Baumfällen ein mittelstarker Stamm auf den Hinterkopf gefallen; er brach sofort bewustlos zusammen. Der gleich hinzugezogene Arzt fand Pat. fast pulslos, konstatierte einen schweren Schädelbruch und injizierte Kampfer. Der Verletzte wurde gleich nach Dorpat gebracht, wo er nach 4-stündiger Schlittenfahrt eintraf.

Status: Pat. wälzt sich unruhig auf dem Verbandtisch umher, stöhnt laut. Augen geschlossen. Nasenlöcher voll Blutgerinnsel; Ohren frei. Antwortet mühevoll und das nur auf sehr eindringlich gestellte Fragen mit einzelnen Worten, verworren, respektive ganz sinnlos. Giebt sein Alter auf 14 Jahre an. Facialis-Lähmung nicht konstatierbar. Sprache schwerfällig, als ob der Mund voll wäre. Pupillen gleichmässig sehr stark erweitert, reagieren träge auf Licht. Einstellung auf Licht und Accomodation fehlen. Behauptet, nichts zu sehen. Puls 48, unregelmässig, mitunter verschwindend klein, hart. Kopf, von hinten gesehen, stark deformiert. Die ganze linke Hälfte des Hinterkopfes und der hinteren Scheitelgegend von einem hohen Wulst eingenommen, der im Nacken an der Haargrenze beginnt, seine Maximal-Höhe und Breite über der Mitte des linken Scheitelbeines erreicht und links zum Ohr, nach vorn zur Sutura coronaria, nach rechts bis zur Mitte des rechten Scheitelbeines abfällt. Die Deformation erinnert an die bei Neugeborenen vorkommende Blutgeschwulst. Bei Druck auf den frontalen Randteil der Schwellung geht der Inhalt unter deutlichem Geräusch in den dorsalen Teil über. Im Nacken, ca. 2 cm. links von der Protuberantia occipit. externa, lässt sich deutlich im Schädel eine Fissur palpieren, die in fast sagittaler Richtung zur Basis verläuft. Haut, bis auf einige Sugillationen in der Höhe der Lambdanaht, intact. Sonst kein Befund. Im allgemeinen kräftig entwickelter Jüngling.

6 Kampferspritzen; sofort Operation unter Aethernarkose. Pat. schläft sehr rasch ein. Ein 25 cm. langer Schnitt in der Richtung der Längsachse der Schwellung; eine venöse Blutwelle stürzt hervor. Nach Auseinanderziehen der Wundränder liegt der vom Periost entblösste und zertrümmerte Schädel zu Tage. Die Zertrümmerungszone hat ungefähr die Form eines Keiles mit zackigen Rändern, dessen medianer Schenkel fast mit der Medianlinie zusammenfällt, dessen Basis auf der Mitte des linken Scheitelbeines und dessen Spitze in der zur Basis ziehenden Fissur ausläuft. Die Ausdehnung der Zertrümmerung beträgt zirca 15 × 6 cm. In der Scheitelgegend ist ein zirca 4 × 4 cm. grosser Knochensplitter 1 cm. tief unter dem Niveau fest eingekeilt und von kleineren Splittern umgeben. Zum Nacken hin wird die Splitterung immer kleinstückiger und verläuft schliesslich in die 3 mm. breit klaffende Basisfissur.

Wegräumen der Splitter. Es wird median der Sinus longitudinalis unter gesundem Schädel freigelegt. Er zeigte einen stark spritzenden Riss von zirca 2 mm. im Diameter. Die Sinusblutung wird durch Tamponade gestillt. Bei der Glättung der Knochenränder zeigt es sich, dass jederseits von der Zertrümmerungsstelle durch die Scheitelbeine eine wenig klaffende Fissur zur Schläfe verläuft. Ebenso auch eine zirca 2 mm. weite sagittal nach vorn. Bei ganz geringem Kraftaufwand weichen die durch die Sagittal-Fissur getrennten Schädelhälften Portemonnaieartig auseinander, so dass die Risse fast um das Doppelte klaffen. Die sichtbare Dura unverletzt, das darunterliegende Hirn pulsiert. Die Punktion des Subduralraumes ergiebt klare Cerebrospinalflüssigkeit.

Zum Ende der Operation ist Pat. stark cyanotisch; röchelnder Atem. Die Atemstörung, die offenbar auf einer Anaemie der medulla oblongata beruhte, wird durch Autotransfusion rasch beseitigt.

Die Wunde wird bis auf 2 Tampons für den Sinus und eventuelle Nachblutung vernäht. Blutverlust durch das grosse subperiostale Haematom und die Sinusblutung bedeutend. Puls schon während der Operation 80, gleichmässig, viel weicher. Der Wundverlauf gestaltet sich relativ glatt, ohne Nachblutung. Die Secretion war sehr gering, der Sinustampon wurde am 10-ten Tage entfernt. Die Tamponöffnung heilte bis zum Tage der Entlassung per secundam zu. Am 10. Tage jedoch stieg bei Nacken- und Kopfschmerzen die Temperatur bis 40° und fiel nach 3 Tagen wieder ab.

Betrachten wir den Fall zuerst vom rein chirurgischen Standpunkt. Die Indikation zum chirurgischen Eingriff war durch den subperiostalen Bluterguss und den Druckpuls gegeben. Eine solche Blutung bei Druckpuls musste den Verdacht auf eine Verletzung der A. meningea media respektive des Sinus lenken. Die durch erhöhten Hirndruck hervorgerufene Vagusreizung, die in einem harten Puls von 48 eine unzweideutige Sprache spricht, hätte nur zu rasch einer Vaguslähmung mit kolossaler Pulsbeschleunigung und exitus Platz machen können. Eine weitere Stütze erhielt die Indikation durch die Voraussetzung einer weitgehenden Zertrümmerung des Schädels eventuell mit Eindringen der Splitter in die Gehirnsubstanz, resp. Depression. Ein grosser, unter dem Niveau eingekeilter Splitter, der spritzende Sinus und das Steigen des Pulses auf 80 noch während der Operation, gaben unserem Calcul Recht. Da ein zwischen Dura und Schädel eingeführter Tampon prompt die abundante Sinusblutung stillte, konnte von komplizierteren Methoden, wie Naht, Umstechung, Ausstopfen mit Catgut etc., abgesehen werden. Da über dem Sinus der Schädel vollkommen intakt war, so können wir die Sinusverletzung nur als Ruptur der unnachgiebigen starren Sinuswand im Moment des Traumas deuten.

Wenden wir uns nun der Art des Schädelbruches zu. Es ist ein hervorragendes Verdienst des weiland Dorpater Prof. Wahl für den schwierigen Mechanismus der Schädelbrüche eine allgemeingültige Gesetzmässigkeit gefunden zu haben. Die Zertrümmerung am Hinterkopf, am sogenannten Druckpol, entspricht den Wahlschen Biegungsbrüchen, die nach vorn zur Stirn, nach hinten zur Basis und jederseits zu den Schläfen verlaufenden Fissuren sind die Wahlschen Berstungsbrüche. Letztere entstehen in den Meridianen des Schädels, die durch den Druckpol und die Basis cranii verlaufen. Es erübrigt noch, zu analysieren, ob die klinischen Symptome die Annahme einer Basisfraktur gestatten. Schon die ausserordentliche Schwere des Traumas stellt die Intaktheit der Basis zum mindesten in Frage, auch spricht die Longitudinalfissur, die ein Auseinanderklappen des Schädels gestattete, sehr für einen Bruch der Basis in sagittaler Richtung. Das Nasenbluten weist darauf hin, dass die Sagittalfissur wahrscheinlich die lamina cribrosa oder Stirnhöhle gesprengt hat. Nur ein Cardinalsymptom vermissen wir: den Austritt von Blut- resp. Cerebrospinalflüssigkeit aus dem Ohr, obgleich doch jederseits eine Fissur zur Schläfe läuft. Wie Quénu und Tisson in einer interessanten Arbeit nachweisen, nehmen bei schwerem Trauma des Hinterkopfes die zur Basis ziehenden Fissuren ihren Lauf frontal durch die lamina cribrosa und temporal, durch die fissura petrooccipitalis. Das Felsenbein bleibt dabei intakt. Eine Blutung aus dem Ohr und Facialislähmung fehlen und neben allgemeinen Gehirnerscheinungen besteht als einziges Symptom Nasenbluten. Ich glaube, dass dieser Fall ganz dem Quénu-Tissonschen Typus entspricht und wir eine Berstung des Schädels in 4 fast gleiche Teile vor uns haben.

Die Prognose solcher Basisfrakturen ist quoad vitam eine sehr dubiöse. Nach der Statistik von Graf aus der Königschen Klinik beträgt die Mortalität 31 pCt. nach der Freiburger Statistik von Heer 46 pCt., ja, es wird sogar mit einer noch viel höheren Mortalität gerechnet. Die Prädilektionsstellen der Basisfrakturen — lamina cribrosa der Nase, des Rachenraumes, des Gehörraumes geben den Frakturen den gefährlichen Charakter eines offenen, sie sind der Weg, auf dem sich jederzeit die Schleimhautflora auf die Meningen verbreiten kann. Ich glaube, dass auch mein Kranker in der Schädelbasis meningitische Verwachsungen davongetragen hat. Denn die am 10. Tage stark einsetzenden Kopf- und besonders Nackenschmerzen mit einer Temperatursteigerung bis zu 40° bei 90 Puls machten eine Infektion der Meningen von der gesprengten Stirn- resp. Nasenhöhle aus sehr wahrscheinlich. Eine Pulsverlangsamung fehlte natürlich, da jede Steigerung des intrakraniellen Druckes durch die ventilartige Wirkung des Knochendefektes ausgeglichen werden musste.

Gestatten Sie mir jetzt, Ihre Aufmerksamkeit auf das Verhalten des Kranken während seines weiteren Aufenthaltes in der Klinik zu richten. In der ersten Zeit lag der Kranke in stumpfer Teilnahmlosigkeit da, die zeitweise nur durch unruhiges Umherwälzen oder ganz unmotivierte Versuche das Bett zu verlassen unterbrochen wurde. Kremaster und Kornealreflexe waren vorhanden. Dabei sprach Pat. am 1. Tag kein Wort und reagierte absolut nicht auf sehr laut und eindringlich gestellte Fragen. Am 2. Tag bekam ich nach vielen Fragen eine einzige einigermassen vernünftige Antwort. Erst am dritten Tage beantwortete er die Frage, ob er Schmerzen habe, mit ja, und wies auf die diesbezügliche Frage auf die Stirn. Etwas kompliziertere Fragen beantwortete er unwillig mit: „ei moista" (verstehe nicht).

Die erste Woche verlangte er weder zu essen noch zu trinken, schluckte jedoch willig alles, was man ihm in den Mund schob. Faeces und Harn entleerte er in dieser Zeit unter sich, obgleich keine Incontinenz bestand.

In der 2. Woche fing er an, etwas mehr zu sprechen, auch nahm die Sprache an Deutlichkeit zu. Aus eigenem Antriebe erkundigte er sich, wo er sei, und was mit ihm passiert. Selbst zu essen begann Pat. in der zweiten Woche. Auch seine Antworten wurden dann präziser. Sein Alter gab er jetzt richtig an und besann sich nach einigem Nachdenken, noch einen Bruder und eine Schwester zu besitzen (?) In der 2. Woche wurde Pat. still, schlief eigentlich den ganzen Tag und wollte von einer Lageveränderung auch nichts wisssen. Sein Appetit war ausgezeichnet, nur machte es ihm Mühe, beim Essen den Kopf aufzurichten. Nach Ablauf der 2. Woche liess ich den Kranken mit der Rückenstütze aufrichten, was er anfänglich garnicht vertrug und über starke Kopfschmerzen klagte. In einigen Tagen gewöhnte er sich jedoch daran, so dass ich ihn am 18. Tage im Stuhl sitzen liess.

Die ersten Stehversuche waren von heftigen Schwindelanfällen begleitet, die ersten Gehversuche machten ganz den Eindruck, als ob Pat. im Dunkeln tappe: obgleich er geführt wurde, hielt er die freie Hand tastend voraus. Sein Verhalten war höchst monoton. Er konnte stundenlang im Sessel kauernd sitzen, ohne auch nur ein Wort mit seinen Stubenkameraden zu wechseln. Erst $1^1/_2$ Monate nach der Operation stellte er die Frage, ob er bald nach Hause könne, und war gar nicht enttäuscht, als es noch nicht gestattet wurde. Als ihn der Vater am 58. Tage abholen kam, machte er einen etwas freudig erregten Eindruck.

Merkwürdig verhielten sich die Pupillen in den ersten Tagen post operationem:

erster Tag: Pupillen weit, reagieren träge, Pat. sehr benommmen,
zweiter Tag: Pupillen eng, reagieren gut. Bewusstsein etwas freier. Lichtempfindung vorhanden,
dritter Tag: Pupillen reagieren träge,
vierter bis siebenter Tag: Pupille rechts enger als links,
achter Tag: Pupillen gleich weit.

Von diesem Tage an sind sie gleich weit geblieben, haben sich auch nur unbedeutend verengert.

Wenden wir uns nun dem Gesichtssinn zu. Leider sind die Notizen aus der ersten Zeit über diesen interessanten Punkt sehr spärlich, da es schwer war, vom Pat. Auskunft zu erhalten. Verwertet man jedoch die einzelnen Beobachtungen über das Verhalten des Kranken, so gelingt es einem, ein recht klares Bild von den Folgen, die dieses Trauma des Hinterkopfes auf den Gesichtskreis gehabt hat, zu gewinnen.

Nachdem Pat. im Laufe des ersten Tages post trauma das trostlose Bild vollen Versagens aller Sinne geboten hatte, gelingt es am zweiten Tage, mit Mühe beim Pat. eine Lichtempfindung mittels Leuchtkörpers hervorzurufen. Am 3. Tag derselbe Befund, dabei giebt Pat. an, er sehe überhaupt nichts. Vom 4. Tage an sah er mit Mühe Gegenstände, wusste sie aber nicht zu bezeichnen; sagte, dass er sehen könne. Am 8. Tage erkannte Pat. seine Eltern erst, als die Personen als solche bezeichnet waren. Ebenso erkannte er offenbar den Arzt nicht, den er in der ersten Zeit duzte und überhaupt ungnädig behandelte. Auch fing er jetzt an, selbst zu essen.

Nachdem Pat. vom 20. Tage an schwindelfrei geworden war, ist pathognomisch wertvoll das Tasten mit der Hand und das unsichere Tappen beim Gehen, wobei Pat. sich stets vor die Füsse blickte. Vom 40. Tage an konnte er ohne Hilfe aus seinem Zimmer auf die Veranda gehen, wobei er allerdings nur einen kleinen Korridor zu durchschreiten hatte. Beim Gang zum Verbandzimmer musste er geführt werden, da er hierbei den grossen Krankensaal, und einige Zwischenräume zu passieren hatte und mehrfach die Richtung wechseln musste. Bei Versuchen, ihn allein gehen zu lassen, verirrte er sich stets und blieb hilflos stehen.

Charakteristisch für seine Bewegungen und die Art, wie er sich orientierte, war sein Benehmen beim Verlassen des Verbandzimmers: Er erhob sich langsam, drehte sich langsam um, wobei er suchend längs den Wänden blickte, bis seine Augen auf der Ausgangstür stehen blieben. Darauf suchte er mit den Augen die Entfernung zwischen sich und der Tür nach ev. Hindernissen ab, und wenn keine vorhanden waren, heftete er seine Blicke wieder direkt auf die Türklinke und schritt, diese fixierend, schnurstraks auf sie los.

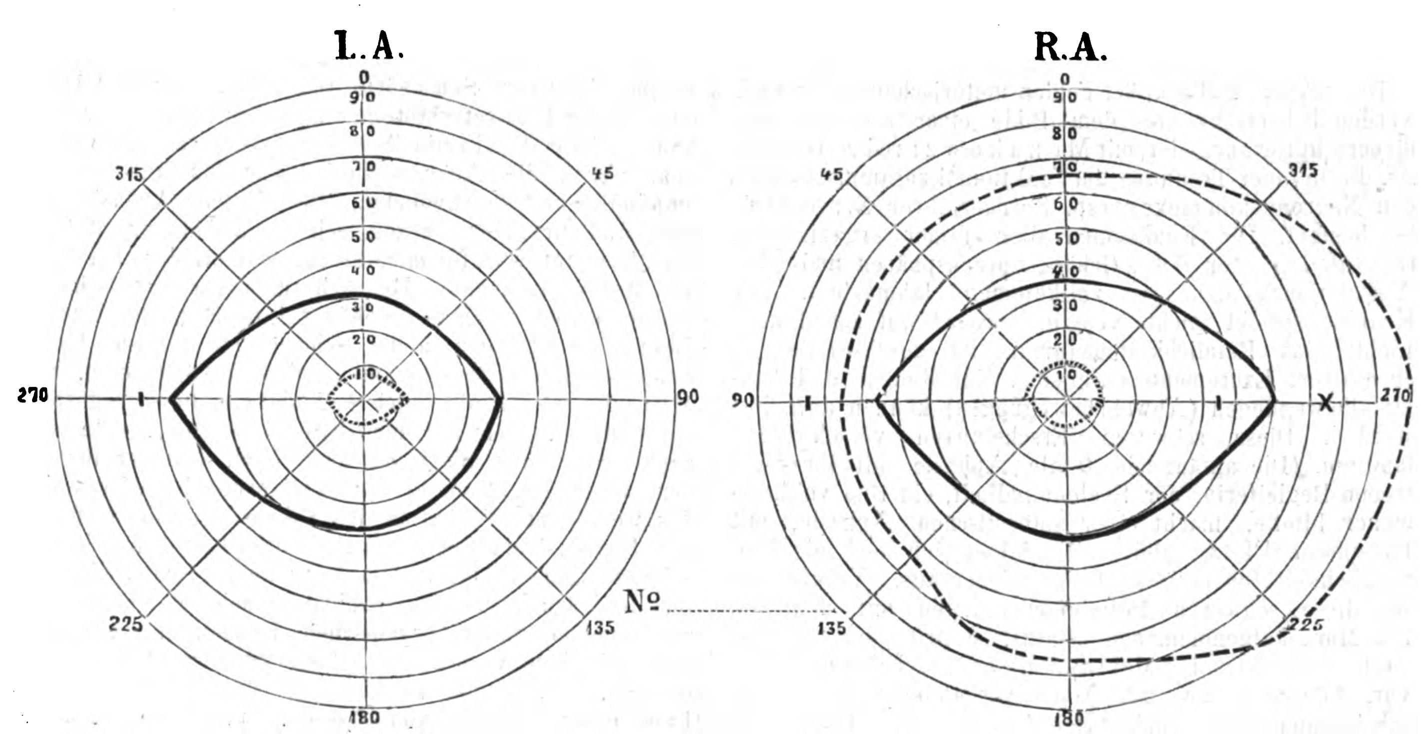
Am 57. Tage gab er an, schreiben und lesen zu können, doch sehr rasch dabei zu ermüden.

Danach versuchte ich seinen Farbensinn zu prüfen. Weiss erkannte er als solches nach längerem Hinsehen. Blau in verschiedenen Nüancen gut. Grün hielt er stets für blau. Rot für blau, gelb, etc. Bei Versuchen mit farbigen Kreiden zeichnet er nur blau richtig. Ueberhaupt macht Pat. während der Untersuchung einen sehr abgespannten Eindruck.

Nach zwei Tagen, am 28. März, also fast 2 Monate nach dem Trauma, nahm ich um 10 Uhr Morgens in der Augenklinik mit liebenswürdiger Unterstützung des Assistenten Dr. Ohsoling folgenden Status auf.

I. Status: Pat. konnte an den Snelleschen Tafeln überhaupt nichts erkennen. Verschiedene ihm vorgewiesene Gegenstände agnosziert er erst mit Hilfe des Tast- resp. Gehörsinnes, wie z. B. einen Schlüssel, eine Glocke, etc. Die Untersuchung des Farbensinnes ergab dasselbe Resultat wie am 26. Lesen konnte Pat. überhaupt nicht, nur mühevoll erkannte er einige Buchstaben. Schreiben mit grosser Anstrengung. Da Pat. einen sehr ermatteten Eindruck machte, liess ich ihn bis 1 Uhr in der Augenklinik schlafen und nahm dann mit Herrn Professor Ewetzki eine neue Untersuchung vor.

Status II. Pat. macht einen viel frischeren Eindruck. Das Resultat der Untersuchung war höchst verblüffend: Augenhintergrund normal, temporal vielleicht ein wenig blasser als sonst. Zentrale Sehschärfe mit beiden Augen 0,6. Gesichtsfeld auf beiden Augen konzentrisch eingeengt, so dass nur die fovea centralis frei ist. Farbensinn: Rechts wird blau und gelb fehlerlos erkannt, rot unsicher, grün mit blau verwechselt. Links: ebenso. Agnosziert auch Gegenstände gut. Schreibt seinen Namen mit ganz sicheren Buchstaben. Längere Worte nicht im Stande zu lesen.



Am 23. April, also einen Monat später, wurde Pat. zur Nachuntersuchung wieder in die Klinik gebracht, wobei mir der Vater ganz wertvolle Auskünfte über das Verhalten des Sohnes zu Hause geben konnte. Seine Geschwister erkannte er bei einigem Nachdenken, auch fand er sich im Hause bald zurecht. Die Erinnerung an seinen Aufenthalt in der Klinik hat Pat. vollkommen verloren, nicht aber an die Zeit vor dem Trauma. Im übrigen müsse beständig auf ihn aufgepasst werden, da er sich leicht verirre. Auch sei er am Vater vorbeigegangen und habe ihn nur auf Zuruf erkannt, obgleich er einen Auftrag an ihn auszurichten hatte. Krämpfe und überhaupt Anfälle seien nicht vorgekommen, nur vergässe er beständig, was er sagen wolle, und bekäme von vielem Gehen Kopfschmerzen. Der Zustand sei wechselnd, doch könne der Sohn schon in der Wirtschaft mit kleinen Handreichungen behilflich sein, im Grossen und Ganzen sei es noch nicht ganz richtig.

III. Status. Eine Untersuchung des Gesichtsfeldes am 23. April ergab:

Sehschärfe rechts — 0,8
„ links — 0,7

Erkennt Buchstaben rasch; Akkomodation normal; Pupillen normal weit, reagieren gut. Augenhintergrund normal. Gesichtsfeld beiderseitig fast gleich eingeengt, nach oben bis 30°, unten 40°, temporal — 60°, nasal — 50°, das Gesichtsfeld für Farben scheint mit dem für weiss zusammenzufallen. Erkennt blau, rot, gelb, richtig. Grün wird stets mit blau und gelb verwechselt. Aus den Wollproben findet er jedoch grün fehlerlos heraus. Eine amnestische Farbenblindheit für grün besteht nicht, denn die Farbe des Laubes und eines Sonntagskleides seiner Mutter giebt er als grün an. Auf dem Schema ist der Befund vom 28. März, 23. April und zum Vergleich das normale Gesichtsfeld punktiert eingetragen. Uebrigens entsann sich Pat. nicht, jemals in der Augenklinik gewesen zu sein, noch einen Perimeter gesehen zu haben. In der chirurgischen Klinik fand sich Pat. sehr rasch zurecht.

Wenn wir nun die Psyche des Kranken in den verschiedenen Zeitabschnitten einer genaueren Beobachtung unterziehen, so sehen wir eine Reihe von psychischen Krankheitsbildern, angefangen von den schwersten, mit gänzlicher Ausschaltung aller feineren Hirnfunktionen, bis zu den jetzt bestehenden, einer etwas herabgesetzten Intelligenz.

Die ersten 2 Tage, bei Fehlen motorischer Störungen, werden beherrscht von dem Bilde einer schweren Gehirnerschütterung, oder, mit Monakow zu reden, Diaschisis, die in einer Trennung der funktionell zusammengehörigen Neuronenkomplexe resp. Zerrung ihrer Nervenfibrillen besteht. Die Funktionen aller feiner organisierten Gehirnteile — der Seh-, Gehör-, Sprachsphären und ihrer Assoziationsbahnen ist vollkommen lahmgelegt. Der Kranke spricht nicht, reagiert weder auf Zuruf noch Licht, das Reinlichkeitsbedürfnis ist geschwunden — er entleert Excremente unter sich. Nur Reflexe und Prinzipialbewegungen (Abwehrbewegungen) können ausgelöst werden. Diese schweren Erscheinungen verschwinden langsam. Die anfängliche totale Aphasie mit ihrer getreuen Begleiterin, der Seelenblindheit, ein Bild vollkommener Idiotie, macht einer amnestischen Aphasie, mit Paraphasie Platz; gleichzeitig bildet sich auch die Empfänglichkeit für optische Reize wieder aus. Vergleichen wir diese schweren Initialerscheinungen mit dem am 23. März aufgenommenen Status, so tritt der transitorische Charakter der Mehrzahl dieser Erscheinungen hervor. Alle noch am 23. März vorhandenen Ausfallserscheinungen lassen sich unter dem Begriff Sehstörungen unterbringen, die mit dem schweren Insult des Occipital-Hirnes in engem Zusammenhang stehen.

Die Untersuchungen von Munk, Hitzig, Monakow, Förster-Sachs und vieler anderen Forscher haben bewiesen, dass eine ausgedehnte Laesion des linken Occipitalhirnes bei Rechtshändern folgende Symptome hervorruft:

1) Einschränkung des rechten Gesichtsfeldes (Hemianopsie).

2) Herabsetzung der Sehschärfe.

3) Störung des Farbensinnes (Achromatopsie).

4) Störungen des Lesevermögens (Alexie).

5) Unvermögen primär richtig agnoscierte Gegenstände in die eigene Ideensphäre einzureihen, sie sekundär zu identifizieren (Asymbolie).

6) Störungen der Orientierung.

7) Die Unmöglichkeit bei genügender Sehschärfe Gegenstände ohne Zuhilfenahme anderer Sinne richtig zu bezeichnen (Optische Aphasie).

Das ist der volle Symptomenkomplex der Seelenblindheit. Eine Laesion des rechten Occipitalhirnes ruft viel geringere Störungen hervor.

Alle aphasischen Erscheinungen fallen weg, und der Kranke leidet an einer linksseitigen Hemianopsie; ein Beweis, dass die zu den Sprachregionen ziehenden Assoziationsbahnen nur von dem linken Sehzentrum belebt werden. A priori können wir also bei ausgedehnter Laesion beider Occipitallappen eine doppelseitige Hemianopsie plus Sehblindheit annehmen mit ev. Intaktheit des Zentralsehens. Analysieren wir die am 23. gemachten Notizen, so finden wir alle Symptome der Seelenblindheit wieder:

1) Nur Zentralsehen frei (doppelseitige Hemianopsie).

2) Erkennt keine Buchstaben an der Snelleschen Tafel (herabgesetzte Sehschärfe).

3) Erkennt nur blau richtig (Achromatopsie).

4) ist im Stande zu buchstabieren, jedoch nicht zu lesen (Alexie).

5) Agnosciert seinen Vater nicht als solchen (Asymbolie).

6) Verirrte sich (herabgesetztes Orientierungsvermögen).

7) Bezeichnet eine Glocke nur als solche, nachdem man mit ihr geläutet (optische Aphasie).

Nach 2-stündigem Schlaf war der Status ein wesentlich besserer: Sehschärfe 0,6. Pat. soweit lebhaft, dass sogar Perimeterbestimmungen vorgenommen werden konnten, die das Freibleiben der fovea centralis ergaben. Auch die Achromatopsie war bis auf Grünunempfindlichkeit geschwunden, die optische Aphasie war weg, und die Alexie bezog sich nur auf längere Wörter. Das Resultat war für mich so unerwartet, dass ich meine am Morgen gemachten Beobachtungen für falsch halten wollte, jedoch belehrte mich die Literatur, dass gerade diese Schwankungen in der Schärfe der einzelnen Symptome charakteristisch für die Seelenblindheit seien. Wie Monakow schreibt, sind Seelenblinde, die sich gestern vollkommen sicher auf der Strasse bewegten, heute nicht capabel, in ihrer Wohnung aus einem Zimmer ins andere zu gehen. Auch in der Schilderung des Vaters über das wechselnde Verhalten des Sohnes zu Hause finden wir Hinweise auf Seelenblindheit, allerdings schon in viel schwächerem Grade, was ja dem transitorischen Charakter der traumatischen Seelenblindheit entspricht Ein zurückgehen dieser psychischen Erscheinungen stimmt ganz mit dem vorgestern aufgenommenen Augenbefund überein, der eine Verstärkung der Sehschärfe im Lauf eines Monats von 0,6—0.8 und eine Erweite-

rung des Gesichtsfeldes vom reinen Röhrensehen bis zum halben Normal-Gesichtsfeld ergab. Auch der Farbensinn ist schon fast fehlerlos, nur bei grün laufen noch Fehler unter. Etwas schwerer zu deuten ist die Angabe, dass Pat. leicht vergesse, was er sagen wolle, resp. was er gesagt habe. Dass dabei Schreiben möglich, Sprache und Wortverständnis erhalten und Lesen beschränkt, deutet auf Wernicke'sche subcorticale Alexie s. Wortblindheit hin; ev. haben wir es auch mit einer Mischform motorischer und sensorischer Aphasie, die häufig mit Trübungen des Intellekts verbunden sind, zu tun.

Hält man sich aber an die von Monakow gegebene Definition, dass das Sprechen eine fortwährende Musterung der Apperceptionen in Lautzeichen ist, so kann man sich diese Sprachstörungen auch durch die Schädigung des Sehzentrums erklären. Die Apperceptionen eines Bauernjungen sind nun mal hauptsächlich optischer Natur. Sind aber bei ihm Sehzentrum und von ihm ausgehende Associationsbahnen laediert, so rufen eben optische Reize eine viel schwächere Apperception hervor, die bei Umwertung in andere Gehirnregionen eine nicht minder schwache und daher flüchtige Identifizierung erfahren, die vielleicht gerade im Moment des Sprechens ausklingt: der Kranke vergiesst, was er sagen wollte, eine Erscheinung, die man ja häufig bei geistiger Uebermüdung beobachten kann.

Auf dem rasierten Kopf des Pat. habe ich die hauptsächlichsten Hirnwindungen projiziert. Bei der Bestimmung des Sulcus Rolandi und der Fissura Sylvii habe ich mich an die Krönleinsche Methode gehalten. Sie sehen, dass unter dem Knochendefekte vor allen Dingen die gyri occipital. sup., med. et inf., der G. supramarginalis und die beiden parietalen liegen. Dieses sind die Regionen der linken Hirnrinde, die dem Trauma am meisten ausgesetzt waren.

Die Rolle, die in diesem Krankheitsbild den Parietal-, den Supramarginal und den Angulus-Windungen zufällt, lässt sich leider nicht eruieren, da die durch ihre Zerstörung hervorgerufenen Ausfallserscheinungen sich im Grossen und Ganzen mit dem Bilde der Seelenblindheit decken. Als speziell ihnen zukommende Ausfallserscheinungen werden von einzelnen Autoren Apraxie resp. Ataxie der rechten Hand und konjugierte Deviation der Bulbi angegeben. Letzteres Symptom fehlte in unserem Fall vollkommen. Die andern Symptome sind in dem vorübergehend schweren Krankheitsbild aus der ersten Zeit enthalten, so dass ich diesen Windungen keine hervorragende Beteiligung an den hartnäckigeren Symptomen zusprechen möchte. Das Trauma hat auch in ihnen eine Diaschisis im Sinne Monakows mit sich gebracht, wie in allen anderen Gehirnteilen, die totale Aphasie etc. zur Folge hatte. Dass das rechte Occipital-Hirn, wenn auch nur indirekt dem Trauma ausgesetzt gewesen ist, zeigt die Hartnäckigkeit der ihm zukommenden Hemianopsie und der Sinusriss. Die resistenteren Symptome können zur Genüge durch die Laesion des Occipitalhirnes mit den dazu gehörigen Sehstrahlungen und Associationsbahnen (Fascic. longit. inf.). erklärt werden, deren Mitbeteiligung unerlässlich beim Zustandekommen einer vollen Rindenblindheit mit psychisch-optischen Begleiterscheinungen ist. Auf der bei Calcarinazerstörung fast unvermeidlichen Mitlaesion dieser Bahnen, beruht ja auch die irrtümliche Lokalisation des Sehzentrums in das enge Gebiet der Calcarinarinde, der Monakows Theorie von einer Ausdehnung der Sehsphäre auf mindestens die 3 Occipitalwindungen, den Cuneus, gyrus lingualis und die occipitalen Teile der Parietalwindungen schroff gegenübersteht.

Da wir es hier mit einer doppelseitigen Hemianopsie, also mit einer Laesion des ganzen Occipitalhirnes zu tun haben, habe ich keine Veranlassung, mich genauer auf die meist auseinandergehenden Ansichten über die Ausdehnung der Sehsphären und die Lehre von der Projektion der Retina einzulassen. Ein noch näher zu erörternder Punkt ist das Freibleiben resp. die rasche Restitution des Zentralsehens, das in 40—50% der Fälle beobachtet worden ist. Natürlich hat es auch hier an der Suche nach dem unvermeidlichen Macula-Zentrum in der Grosshirnrinde nicht gefehlt. Knies verlegte es in den Cuneus, Schmidt in die pars calcarina post., Henschen in den Boden der pars calcarina ant., doch fehlen dafür jegliche Belege. Im Gegenteil, einige klinische Beobachtungen sprechen direkt dagegen. Andere, wie Wilbrand, Förster, erklären das Fernbleiben des Fixationspunktes wieder durch doppelseitige Vertretung jeder Maculafaser, eine Behauptung, die m. E. durch Freibleiben des Fixationspunktes bei doppelseitiger Hemianopsie widerlegt wird. Auch wird behauptet, dass die Macula-lutea-Region, als bssonders wichtge, auch in exceptionell günstige Zirkulationsverhältnisse gesetzt sein muss, was meiner Meinung nach bei Embolien mehr in Betracht käme. Abweichend von anderen, will Monakow den Maculafasern ein möglichst weiches corticales Feld eingeräumt wissen, da Munk beim Macacus vollständige Amaurose erst bei Entfernung des ganzen Occipitalhirnes erreicht hat. Die anfängliche transitorische Totalhemianopsie führt Monakow auf eine Diaschisis zurück, welche durch allmäliges Freiwerden der Maculafasern verschwindet; doch ist auch dieses keine Antwort auf die Frage, weswegen fast in der Hälfte aller Fälle gerade das Zentralsehen frei bleibt, resp. sich so bald rekonstruiert wie in meinem Fall.

M. E. ist die Monakowsche Dezentralisation der Maculafasern nicht von der Hand zu weisen, nur muss man notgedrungen den Maculafasern eine höhere Widerstandsfähigkeit und Kompensationsfähigkeit zuerkennen. Nach Monakow ist die Macula lutea auch schon im corpus geniculatum sehr zahlreich vertreten, da sie auch bei Zerstörung der Sehstrahlungen stets Anschluss findet. Wie sie sehen, ist das eine Frage die noch zu vielen Spekulationen und experimentellen Forschungen Anlass geben kann.

M. H. Mit diesen kurzen Bemerkungen will ich auch den Versuch, die bei meinem Kranken beobachteten psychischen Störungen zu analysieren, zum Abschluss bringen.

Die Art des Trauma und die noch ungenügenden klinischen Beobachtungen veranlassten mich in der Schilderung und Analyse des Krankheitsbildes etwas ausführlicher zu werden, den anfänglichen Symptomenkomplex der Gehirnerschütterung zu zerlegen und die hartnäckigeren Ausfallserscheinungen mit der dem Trauma direkt ausgesetzten Hirnregion in Zusammenhang zu bringen; denn auch exakte experimentelle Untersuchungen können uns nur durch kritische Beobachtung am Krankenbett in der Erkenntnis weiterführen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

C. Reitter: Die Indikationen für den Aderlass mit nachfolgender Kochsalzinfusion in der Therapie der urämischen Störungen. Mit 2 Figuren im Text. Leipzig und Wien. Verlag von Franz Deuticke. 1907. 86 Seiten.

Der Aderlass, der durch den Missbrauch, welcher einst damit getrieben wurde, ganz in Verruf gekommen war, fängt an, in der letzten Zeit wieder häufiger angewandt zu werden, allerdings unter strenger Indikationsstellung. Dr. C. Reit-

ter hat auf Grundlage klinischer Beobachtung und unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Formen der Nierenerkrankung und den urämischen Erscheinungen versucht, Anhaltspunkte für die Indikation und Kontraindikation zur Vornahme des Aderlasses zu gewinnen. Hierbei kommt er zu folgenden Schlüssen: die allgemein giltigen Kontraindikationen für den Aderlass bestehen auch bei den Nierenerkrankungen zu recht; sowohl bei akuter wie bei chronischer Nierenerkrankung, die mit urämischen Störungen verläuft, werden sowohl diese Störungen als auch das Grundleiden durch den Aderlass mit nachfolgender Kochsalzinfusion günstig beeinflusst, weshalb dieses «Heilmittel» in derartigen Fällen unbedingt indiziert ist. In chronischen Fällen ist die günstige Wirkung wesentlich abhängig von dem Grad der anatomischen Schädigung des Nierengewebes. Sind Anzeichen einer ausgesprochenen Atrophie des Nierenparenchyms vorhanden, so ist von dem Aderlass nichts zu erwarten als vorübergehende Milderung urämischer Symptome, und in solchen Fällen hält Vert. Aderlass und Infusion zwar nicht für indiziert, wohl aber unter Umständen für andwendbar.

Das Buch ist leicht und fliessend geschrieben, seine Lektüre anregend, und diejenigen, die sich für die Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten interessieren, werden darin viel Interessantes finden. Es wäre der Mühe wert, die Ergebnisse des Verfassers an dem reichen Material unserer grossen Stadtkrankenhäuser zu prüfen.

Fr. Dörbeck.

Protokolle

des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1361. Sitzung am 14. Januar 1908.

I. Westphalen hält seinen angekündigten Vortrag:

Ueber die Dauerresultate der Therapie des ulcus ventriculi.

Diskussion:

Zeidler schliesst sich im Allgemeinen den Ausführungen des Vortragenden vollkommen an. Im Obuchowhospital sind ihm frische Ulcusfälle sehr selten, höchstens dann, wenn sie bluteten, begegnet, häufiger dagegen die Stenose nach Ulcus. Zahlen kann er im Augenblicke nicht anführen. Der Unterschied in der Häufigkeit nach seinen und nach Westphalens Erfahrungen erkläre sich aus der Verschiedenartigkeit des Krankenmaterials. Bei Pylorusstenose hat die Gastroenterostomie ihm die besten Resultate gegeben. Bei Blutungen sind die Operationsresultate schlechte gewesen, alle Fälle (3—4) endeten tödtlich. Bei frischem Ulcus leistet die Gastroenterostomie sehr wenig für das schliessliche Resultat; einige Fälle verlaufen nach ihr gut, andere in zweifelhafter Weise. In letzter Zeit erlebte er einen Fall, wo ein Jahr nach der Operation infolge eines groben Diätfehlers eine akute Blutung entstand, welche in 24 Stunden den Tod herbeiführte. Die Differentialdiagnose zwischen Ulcus simplex ventriculi und ulcus carcinomatosum ventriculi ist selbst während der Laparotomie sehr schwierig, weshalb auch keine Resektion sondern die Gastroenterostomie gemacht werden soll.

Fick: Die besseren Operationsresultate bei Pylorusstenose sind eine bekannte Tatsache. Aus diesem Grunde empfehlen auch einige Operateure einen bei der Gastroenterostomie offen gefundenen Pylorus künstlich zu schliessen, damit nicht zwei Abgangsöffnungen bestehen bleiben. Bei Pylorusstenose wird nach der Operation die Beweglichkeit des Magens sofort reguliert, bei offenem Pylorus dagegen dauert es einige Tage, bis diese eintritt, es besteht 3—4 Tage lang eine falsche Zirkulation des Mageninhaltes; letztere wäre bei schwachen Patienten sehr kritisch, nötige dazu, Spülungen zu machen. In letzter Zeit treten französische Autoren für die Resektion ein, und zwar sei sie zu bevorzugen, weil angeblich nach Gastroenterostomie der Chemismus niemals ganz in Ordnung käme.

Kernig: Das Material des weiblichen Obuchowhospitales ist auffallend arm an ulcus ventriculi. Aus dem Material der Privatpraxis müsse er dieselben Schlüsse ziehen wie Westphalen. Das klinische Verhalten des ulcus ventriculi wird beherrscht durch das Verhalten der Hyperacidität. Die Schwierigkeit der Diagnose ergiebt sich erst bei der Frage, ob nur Hyperacidität oder schon ein ulcus besteht; im gegebenen Augenblick ist man oft im Zweifel, wenn nicht Blutungen bestehen; hierbei wird die Entscheidung sehr erleichtert durch die Untersuchung auf occulte Blutungen. — Es sind ihm vereinzelte Fälle von luetischem Geschwür bekannt, welche das klassische Bild des ulcus ventriculi darboten, namentlich viele Blutungen verursachten, und durch die spezifische Kur sehr günstig beeinflusst wurden, namentlich bei Rückfällen durch wiederholte Kuren.

Westphalen: Luetische Geschwüre des Magens sind eine grosse Seltenheit.

Kroug erinnert Westphalen an einen mit ihm zusammen beobachteten Fall, wo Ulcus mit Stenose und voraufgegangene Lues vorlag; der Pat. bekam Jod mit ausgezeichnetem Erfolge. Jedoch reagieren die meisten Ulcera gut auf Jod.

Westphalen: Guten Erfolg des Jods sieht man ausser bei luetischen noch bei Geschwüren auf arteriosklerotischem Boden. — Die wichtige Frage bei der Ulcusbehandlung, ob operiert werden soll oder nicht, kann nicht bejaht werden, da die Operationsresultate nicht so günstige sind.

Kernig: Wie wird der Sitz des Ulcus nach der Laparotomie diagnostiziert, namentlich bei Blutungen?

Zeidler: Dies ist sehr schwierig; oft muss man den Magen aufschneiden und besichtigen.

Fick: Ein Ulcus ist von aussen nur aufzufinden, wenn es callöse Ränder hat. Bei Ulcusblutungen machen manche Operateure nur die Gastroenterostomie und ignorieren die Blutung.

Masing: Tuberkulöse Geschwüre des Magens sind auch sehr selten. So kamen im Kronstädter Marienhospital unter mehr als 18 Tausend Sektionen nur 23 Fälle von tuberkulösem Ulcus vor.

Westphalen sind nur aus eigener Anschauung 2 Fälle von Tuberkulose des Magens bekannt; sie ist jedenfalls ausserordentlich selten.

II. Schrenck referiert über einen von ihm mit Erfolg operierten Fall von Ruptur einer Tubarschwangerschaft und demonstriert die durch die Operation entfernten beiden Tuben.

Gestützt auf den vorliegenden Fall müsse er den Internisten den Vorwurf machen, dass sie immer noch zu spät die Diagnose stellen, trotz der charakteristischen Anamnese und des typischen Krankheitsbildes, dessen spezifische Zeichen seien: plötzlich eintretende Leibschmerzen, rasch zunehmende Anämie, Fehlen von Temperatursteigerung und vor allem der charakteristische Perkussionsbefund des Abdomens, wo eine hufeisenförmige über Hypogastrium und die Flanken sich erstreckende Dämpfung zu konstatieren sei. Dieser Perkussionsbefund gebe der Diagnose die Richtung; die einseitig stärker ausgeprägte Flankendämpfung kann auf die Seite der Erkrankung, wie in diesem Falle, hinweisen. Aetiologisch war Folgendes interessant: Die rechte Tube war durch das adhärente Netz an ihrem uterinen Ende geknickt, dicht davor lag die kleine Tubargrav. mit ihrer etwa linsengrossen Rupturstelle; die linke Tube und das linke Ovarium waren in alte periuretritische Verwachsungen eingebacken. Die Blutung war hauptsächlich in die rechte Bauchseite erfolgt, weshalb auch die rechte Flankendämpfung viel stärker ausgeprägt war.

Diskussion:

Zeidler: Im Hospital werde ich vielfach zu ähnlichen Fällen in den ersten Stunden der Erkrankung konsultiert. Die Diagnose in diesen ersten Stunden ist sehr schwierig; es handelt sich in dieser Zeit hauptsächlich um Schmerzen, um Zeichen sehr starker peritonitischer Reizung. Mit diesen Symptomen kann man bei der Diagnose zwischen Peritonitis, Darmverschluss, Extrauteringravidität schwanken. Die Dämpfung und die Anämie kommen später hinzu; zuweilen ist schon nach 2—3 Stunden das Bild klarer geworden und nach 20 Stunden, wie im referierten Falle, ist die Diagnose leichter.

Kernig: Im weiblichen Obuchowhospitale sind die Aerzte auf dieses Vorkommnis, die Ruptur einer Extrauterinschwangerschaft, sehr eingeschult und bringen die grosse Mehrzahl solcher Fälle gleich zur Operation. Die Dämpfung am Abdomen hat hierbei eine sehr grosse Bedeutung. Ob aus der Breite der Flankendämpfung die Seite der Ruptur und Blutung bestimmt werden kann, scheint ihm noch einer weiteren Kontrolle zu bedürfen.

Dobbert: In den ersten Stunden sind solche Fälle sehr schwer zu diagnostizieren. Zuerst giebt es nur Zeichen der peritonitischen Reizung. Erst das Auftreten und Fortschreiten der Anämie macht eine rupturierte Extrauterinschwangerschaft wahrscheinlich. Sicher wird die Diagnose erst bei der Operation. Eine stärkere Flanken-Dämpfung wird nur auftreten, wenn Blutcoagula sich gebildet haben; flüssiges Blut verteilt sich gleichmässig über den ganzen Bauchraum.

Lingen: Im Peter-Paulshospitale habe ich 25—30 Fälle von rupturierter Extrauterinschwangerschaft zu operieren gehabt, davon ungefähr die Hälfte im akuten Stadium. Ich habe nicht beobachtet, dass Dämpfung und Ruptur auf derselben Seite sich befanden. Dagegen ist die Fluktuation nach einigen Stunden sehr deutlich. In den ersten Stunden ist die Diagnose nicht leicht. Die bogenförmige Dämpfung ist charakteristisch.

Schrenck: Ueber die ersten Stunden habe ich den Therapeuten keinen Vorwurf gemacht. Sobald jedoch die Anämie auftritt, so muss aus ihr im Zusammenhang mit der charakteristischen Anamnese die Diagnose gestellt werden.

Tiling: Aus dem Umstande, dass mir als Chirurgen von Gynaekologen Fälle zugewiesen wurden mit der Bemerkung, dass kein gynaekologisches Leiden vorliege, ich aber bei der Operation ein solches fand, schliesse ich, dass die Diagnose solcher Erkrankungen nicht leicht sein muss.

Kernig: Die Schwierigkeit der Diagnose zeigt sich auch darin, dass im Hospital derartige Patientinnen zwischen der chirurgischen und gynaekologischen Abteilung hin- und hergeschickt werden. Wenn nach 10—12 Stunden die Anämie sich geltend macht und die Dämpfung auftritt, so ist es leicht zu diagnostizieren.

Stellvertret. Direktor: E. Masing.
Sekretär: E. Michelson.

1362. Sitzung am 11. Februar 1908.

I. Ucke demonstriert mikroskopische Präparate verschiedener Bazillenarten bei Dunkelfeldbeleuchtung und bespricht das Prinzip der letzteren.

II. Petersen demonstriert eine Patientin mit Urogenitaltuberkulose.

1894 wurde Patientin zum ertsen Male ins Kalinkinhospital aufgenommen mit der Diagnose ulcus molle orificii urethrae et introitus vaginae; nach 100 Tagen verliess Patientin ungeheilt das Spital. 1901 zweitmalige Aufnahme; jetzt stellte Petersen die Diagnose auf Tuberkulose und brachte durch Aetzungen mit acid. lacticum die Ulcera zur Heilung. 1903 trat ein Recidiv ein. Seitdem sind die Ulcera verheilt, dafür ist eine Vesicovaginalfistel entstanden, welche jetzt der Pat. Beschwerden macht. Pat. ist fieberlos, die übrigen Organe sind frei von Tuberkulose. Der Fall verdient Interesse 1) wegen der Seltenheit von Tuberkulose der äusseren Genitalien 2) wegen der Dauerheilung, 3) wegen der Fistelbildung.

III. Lingen hält seinen angekündigten Vortrag über Tubentuberkulose und demonstriert zugehörige Präparate.

L. v. Lingen: Tubentuberkulose.

Im August 1907 wurde eine 21-jährige Patientin ins Peter-Paulhospital aufgenommen mit Klagen über Fieber, das einige Monate gedauert, Schwindel und Schwäche. Pat. wurde eine Zeit lang in der therapeutischen Abteilung beobachtet und es wurde festgestellt, dass an den Lungen und in den übrigen Organen nichts Pathologisches nachzuweisen war. Pat. fieberte von dem Tage ihres Eintritts, die Temperatur schwankte zwischen 38,0 und 39,0 und erreichte nicht selten 40,0. Die Menses war mit dem 20 Lebensjahr zum ersten Mal aufgetreten, sie waren spärlich und hatten sich nur einige Male gezeigt, die letzte Regel hat Pat. vor zwei Monaten gehabt, seit Mai 1907 hat sie Schmerzen im Unterleibe und beim Urinieren gehabt. Als Vortr. Pat. im Sept. sah, fand er bei der äusseren Untersuchung links eine schmerzhafte, unbewegliche, nicht deutlich abgrenzbare Resistenz 4—5 Finger breit über dem Ramus horizontalis oss. pubis, welche nach rechts die Mittellinie überragte. Die Portio vag. war klein, der Uterus nicht deutlich zu fühlen, durch das linke und vordere Scheidengewölbe fühlte man eine unbewegliche nicht sehr feste Resistenz von Faustgrösse, die von den linken Adnexen ausging, im hinteren Scheidengewölbe eine diffuse harte Infiltration, geringer Fluor albus, Urin ohne Eiweiss. Daneben bot das Nervensystem ein pathologisches Verhalten: Pat. litt an häufig sich wiederholenden Bewusstseinstörungen, anfangs verfiel sie bei jeder Untersuchung, aber auch ohne allen Grund in eine Art von Ohnmachtszustand. Fehlender Kornealreflex, und grobe Sensibilitätsstörungen führten zur Diagnose Hysterie. Pat. fieberte beständig ohne regelmässigen Typus, die Temperatur war häufig über 39,0, stieg öfters auch auf 40,0 mit und ohne Schüttelfröste, dabei Kopfschmerzen, anfangs verhältnissmässig guter Appetit, keine merkliche Abmagerung, vorübergehend recht heftige Schmerzen in der linken Unterbauchgegend und längs dem Colon descendens. Der Tumor änderte sich wenig, höchstens, dass die Infiltration in der Umgebung desselben abnahm, die Grenzen etwas deutlicher markiert waren und die Beweglichkeit um ein Minimum freier wurde. Daher beschloss Vortr. Pat. zu operieren.

Die Operation war eine recht schwierige. Der Tumor, welcher sich als von den linkseitigen Adnexen ausgehend erwies und einen Pyosalpinx darstellte, war allseitig fest verbacken mit Netz, Dündarmschlingen und besonders mit der Flexur sigmoidea. Hier war die Verwachsung eine besonders feste und flächenhafte, die Darmwand war infiltriert, beim vorsichtigen stumpfen Lösen riss die Darmwand ein, der Defekt, von der Grösse eines 15 Kopenstückes, wurde vernäht. Nach schwieriger Loslösung von der infiltrierten Umgebung, Unterbindung des Lig. infundibulopelvicum etc. wurde der Tumor entfernt, die Bauchhöhle tamponiert und nur der obere Teil der Bauchwunde vernäht. Das rechte Ovarium war cystisch degeneriert, auf dem Bauchfell war nichts Besonderes zu bemerken. Nach der Operation fiel die Temperatur sofort, die ersten vier Tage verliefen normal, am fünften Tage trat Erbrechen auf, dabei Kollapstemperaturen, am siebenten Tage zeigte sich beim Lösen der Tampons faekale Flüssigkeit, woraus geschlossen wurde, dass die genähte Darmwunde aufgegangen war. Vom siebenten Tage gingen neben täglichem spontanem Stuhl Faeces durch die Wunde ab. Am neunzehnten Tage stellte sich unter Fiebererscheinungen eine rechtsseitige Parotitis ein. Die Faecesbeimengung nahm allmählich immer mehr ab, die Höhle granulierte gut zu, so dass sich Vortr. der Hoffnung hingab, dass sich die Fistel bald schliessen und Pat. genesen würde. Am 28. Tage nach der Operation fiel eine merkwürdige Unruhe der Patientin auf, die Temperatur war normal, Puls 140, dabei Erbrechen und es liess sich Ptosis des rechten Augenlides konstatieren. Am Tage darauf war Pat. vollkommen bewusstlos, reaktionslose Pupillen, die rechte weiter als die linke, Nystagmus, Cheyne-Stoke'sches Atmen, das Kernig'sche Symptom liess sich nicht nachweisen. Am folgenden Tage starb Patientin.

Die Sektion zeigte neben Degenerationserscheinungen leichten Grades an Herz und Leber Erscheinungen der katarrhalischen Pneumonie und in der rechten Lungenspitze eine Narbe mit kaseösen Herden. Die Därme waren mit einander verklebt und mit einer Menge kaseöser Knötchen bedeckt. In der Flexura sigmoidea fand sich die bei der Operation entstandene Fistel, im Uebrigen die Schleimhaut des Darmes normal. Uterus klein, Schleimhaut atrophisch, die Pia mater stark oedematös, an der Basis durchtränkt mit einer trüben Flüssigkeit und bedekt mit kleinen grauen Knötchen, die Seitenventrikel von einer trüben Flüssigkeit erfüllt und dilatiert, die Hirnsubstanz weich, blutarm, auf der Varolsbrücke ein solitärer Herd von Hirsekorngrösse.

Epikrisis: Meningitis basilaris tuberculosa, Tuberculum solitarium pontis Varolii, Tuberculosis sanata apicis dextri. Bronchopneumonia. Oedema pulmonum. Ablatio tubae et ovarii sinist. Fistula stercoralis S Romani post laporatomiam. Degeneratio adiposa hepatis et myocardii. Todesursache Meningitis basilaris tuberculosa.

Die Sektion ergab also, dass Pat. an tuberkulöser Meningitis gestorben war. An die Möglichkeit einer Tuberkulose der Adnexa habe ich schon vor der Operation gedacht, bei der Operation fand die Vermutung keine Stützpunkte: das Aussehen des Tumors war das einer grossen Pyosalpinx ohne jegliche Charakteristika, und das Peritoneum und Därme waren frei von Tuberkelknötchen, wie man sie bei Tuberkulose der Bauchhöhle zu sehen bekommt. Erst als die Zeichen der Meningitis ausgesprochen vorhanden waren, wurde es klar, dass es sich um eine tuberkulöse Affektion handelte. Das tuberkulöse Virus war auf dem Wege der Blutbahn ins Gehirn gelangt.

Die Tuberkulose des weiblichen Genitalsystems ist im Allgemeinen eine seltene Erscheinung, wenn auch nicht so selten, wie man früher annahm. Von den Organen des weiblichen Sexualapparates ist die Tube am häufigsten befallen, viel seltener Uterus, Cervix oder Vagina. Die Ovarialtuberkulose ist wohl immer mit der gleichartigen Affektion der Tube vergesellschaftet. Die Genitaltuberkulose befällt meist jüngere Individuen und solche im Fortpflanzungsalter stehende. In den letzten Jahren sind eine Reihe von Fällen beschrieben worden, und es ist von den Aerzten nicht mit Unrecht darauf aufmerksam gemacht worden, dass die tuberkulöse Affektion oft übersehen und nicht erkannt wird. Manche exstirpierte Tuben, die als einfache Pyosalpingen aufgefasst wurden, erweisen sich bei genauerer mikroskopischer Betrachtung als solche tuberkulöser Provenienz, während das Gros der Pyosalpinxfälle, welche wir zu beobachten Gelegenheit haben, gonorrhoischer Natur, seltener puerperalen Ursprungs sind.

Williams und verschiedene Autoren weisen wiederholt darauf hin, dass tuberkulöse Veränderungen der Tube gewöhnlich nicht ohne Weiteres zu erkennen sind, die Tuben zeigen oft nur Zeichen der katarrhalischen oder eitrigen Salpingitis.

Die Genitaltuberkulose kann entweder isoliert für sich bestehen oder dieselbe ist eine Teilerscheinung einer allgemeinen, gewöhnlich Lungentuberkulose. Die Genitaltuberku-

lose ist entweder eine primäre oder, was häufiger der Fall ist, eine sekundäre, von irgend einem Herde im Körper ausgehend. Auch sind Fälle bekannt, wo die Tuberkulose in dem entfernten Organ (Knochen, Lungen) abgelaufen und geheilt ist und sich nach Jahren eine Genitaltuberkulose etabliert. Die Bazillen können auf dem Wege des Blutstroms — die sog. haematogene Infektion — in die Tuben gelangen, es kann also eine Art metastatischer Infektion stattfinden. analog anderen Infektionen von einem entfernten tuberkulösen Herde aus, oder die tuberkulöse Affektion schreitet auf kontinuierlichem Wege fort vom Petitoneum aus, wo übrigens viel häufiger der umgekehrte Weg vorkommt d. h. dass die Tube primär erkrankt und die Affektion dann auf das Bauchfell übergeht. Auch von den mesenterialen Lymphdrüsen und vom Darm aus, auch ohne Verwachsung zwischen Tube und Darm, kann der Prozess weiter schreiten.

Die Art und Weise der Uebertragung auf die Tube kann eine mehrfache sein. Hegar unterscheidet eine aszendierende und eine deszendierende Form, je nachdem auf welchem Wege das tuberkulöse Virus eindringt. Der aszendierende Weg führt von der Vagina sei es durch Einschleppung der Bazillen durch die Spermatozoen, woran einige Autoren zweifeln, sei es durch kleine Schrunden im Scheidengewölbe, direkt in die paravaginalen und parametralen Lymphspalten oder längs der Schleimhaut des Uterus aszendierend, wobei diese nicht merklich affiziert zu sein braucht. Der deszendierende Weg erstreckt sich abwärts vom Peritoneum. In meinem Fall handelte es sich um eine sekundäre Tubo-Ovarialtuberkulose, um eine haematogene Infektion, von dem geheilten tuberkulösen Herd in der rechten Lungenspitze ausgehend.

Was die Häufigkeit der Tubentuberkulose betrifft, so differieren hierin die Angaben der Autoren: Martin sah unter 620 Salpingotomieen 17 mal Tuberkulose der Tube, Williams unter 91 Fällen 7 mal, Schramm verzeichnet unter 3386 Sektionen weiblicher Leichen des Dresdener Krankenhauses 34 mal Tuberkulose, Winckel unter 575 5 mal.

Die Diagnose der tuberkulösen Salpingitis ist bei Abwesenheit von praegnanten Symptomen und dem variablen Verlauf durch den Palpationsbefund allein nicht zu stellen, wenn nicht besondere Momente, wie anamnestische Anhaltspunkte, kranke Lungen etc. der Stellung der Diagnose zu Hilfe kommen, oder wenn nicht daneben Bauchfelltuberkulose oder tuberkulöser Aszites bestehen. Selbst nach Eröffnung der Bauchhöhle kann man der geschwollenen Tube oder dem Saktosalpinx, von denen ,wie bereits gesagt, die überwältigende Mehrzahl gonorrhoischer Natur ist, nicht seine tuberkulöse Natur ansehen, wenn Bauchfell und Därme keine Tuberkelknoten aufweisen. Vortr. erinnert sich, derartige Fälle gesehen zu haben, dann besteht kein Zweifel, dass die Tube am tuberkulösen Prozess beteiligt ist. Die sichere Diagnose ist eigentlich nur auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchung zu stellen und es ist schon angedeutet, dass seitdem die exstirpierten Genitalien häufiger untersucht werden, die Zahl der Fälle von Genitaltuberkulose sich um ein Beträchtliches vermehrt hat. Manches Mal weisen Eigentümlichkeiten während des postoperativen Verlaufes auf Tuberkulose hin, wie in diesem Fall, wo sich an den operativen Eingriff eine tuberkulöse Meningitis gesellte. Einen absolut gleichen Fall teilt Martin mit, Andere haben Miliartuberkulose im Anschluss an die Operation gesehen.

In letzter Zeit hat sich die Serodiagnostik auch des Gebietes der Genitaltuberkulose bemächtigt und schon einige Resultate zu Tage gefördert. Birnbaum berichtet über 17, Pankow über 32 Fälle. Birnbaum folgert aus der Beobachtung seiner Fälle, dass in den Fällen von Genitaltuberkulose auch gleichzeitig eine lokale Reaktion eintritt. In zwei Fällen war das Mittel sogar therapeutisch wirksam. Etwas vorsichtiger äussert sich Pankow.

Pankow hat in 32 Fällen Tuberkulin injiziert und unterscheidet vier Gruppen: in einem Teil der Fälle fielen Reaktionsdiagnose und histologische Untersuchung negativ aus, in einem anderen Teil fielen beide positiv aus, bei einer dritten Gruppe wurde klinisch die Diagnose Tuberkulose nicht gestellt, die Reaktionsdiagnose fiel aber unter heftigen lokalen Erscheinungen positiv aus, die histologische Untersuchung aber bestätigte die Reaktionsdiagnose nicht, in fünf Fällen endlich war die Tuberkulose histologisch sicher gestellt, die Tuberkulininjektion aber hatte im Stich gelassen. Es deckten sich also in 75% histologischer Befund und Reaktionsdiagnose, in 25% gingen sie auseinander. Die Reaktion zeigte sich in Fieber, allgemeinem Krankheitsgefühl und Steigerung der Unterleibschmerzen. Die lokale Reaktion scheint diagnostisch keinen grossen Wert zu haben, da Steigerung der lokalen Schmerzen ebenso gut eine zufällige sein kann.

Die operativen Heilresultate sind im Allgemeinen befriedigend, wenn es sich um primäre Tuberkulose der Tube handelt. Obgleich die Genitaltuberkulose auch ausheilen kann, so ist eine Ausheilung spontan von vorn herein nicht gewährleistet. Es ist geraten, bei primärer resp. isolierter Tubentuberkulose den tuberkulösen Herd aus dem Organismus zu eliminieren. Sellheim berichtet über 37 operativ behandelte Fälle, die sich auch bei der Nachuntersuchung als gesund erwiesen. Vortr. hat bei Durchsicht der Literatur den Eindruck gewonnen, dass ein endgültiges Urtheil über den Wert der Radikaloperation bei Genitaltuberkulose nicht gefällt werden kann. Die ungünstigen Ausgänge werden nicht gern publiziert und die erfolgreich Operierten entziehen sich alsbald der weiteren Beobachtung. Polano berichtet über 6 operierte Fälle, von denen zwei an isolierter Genitaltuberkulose litten, operiert wurden und ausheilten, die vier anderen litten gleichzeitig an Lungenphthisis. Von diesen starb eine gleich nach der Operation, bei den übrigen drei war eine wesentliche Verschlimmerung des Lungenbefundes zu konstatieren. Vortr. scheint es zweckmässiger, bei Anwesenheit einer ausgesprochen tuberkulösen Erkrankung eines anderen Organes eine Operation am Genitale abzulehnen und sich nur in dem Fall zu einem operativen Eingriff zu entscheiden, wenn es sich um eine primäre Genitaltuberkulose handelt. Auch dabei wird es sich nicht selten nur um eine probatorische Laparotomie handeln, wenn tuberkulöse Herde über alle Organe der Bauchhöhle disseminiert sind. Die Operation gestaltet sich im Allgemeinen als eine schwierige wegen der zahlreichen flächenhaften derben Verwachsungen mit den Nachbarorganen, spez. den Därmen, wie im Fall des Vortragenden. In der Literatur sind Fälle zitiert, wo dem Operateur das gleiche Missgeschick widerfuhr, wie Vortr., nämlich die Verletzung des Darms, welche ja gewöhnlich ausheilt, wie auch in diesem Fall alle Chancen dafür sprachen. Ausserdem kommen gerade in solchen Fällen Vereiterungen der Bauchnähte und Bauchdeckenfisteln vor, die schwer verheilen. Tuben, Ovarien und Nachbarorgane verwachsen, wie Hartz treffend sagt, zu einem unentwirrbaren Knäuel. Die Tumoren sind faustgross, von derber Konsistenz, höckerig.

Im vorliegenden Fall stellt das Präparat welches in frischem Zustand mit Eiterinhalt faustgross war, einen dickwandigen Tubensack dar, welcher mit dem Ovarium verwachsen ist. An der Aussenwand des Tumors sieht man Stränge und Reste der Adhaesionen. Der Inhalt des Tumors war eitrig, nicht käsig, die Wände sind verdickt 2—3 Ctm. breit, die Höhle ist am gehärteten Präparat zusammengefallen, die Wände bestehen aus einer käsigen, unebenen, gewulsteten Geschwürsfläche von grauweisser Farbe, die Grenzen zwischen Muskelschicht und gewulsteter Schleimhaut sind meist deutlich zu sehen. Das Ovarium ist mit der Tube so verwachsen, dass die Grenzen desselben nicht mehr zu erkennen sind.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine weitgehende Zerstörung der Gewebselemente der Tube, vornehmlich der Schleimhaut. Die charakteristischen Tubenzotten sind vollkommen zerstört, die Muskularis stark verändert. Es findet sich im Allgemeinen das Bild einer Pyosalpinx mit für den tuberkulösen Prozess charakteristischen Veränderungen. Die Muskelschicht ist hypertrophisch, stellenweise kleinzellig infoltriert und oedematös, das intermuskuläre Bindegewebe ist zellreich infiltriert. An der Schleimhaut ist von der normalen Tubenstruktur keine Spur zu sehen, sie besteht aus Granulationsgewebe, in dem eine Menge Tuberkelknoten zerstreut sind, einzelner, wie zu grossen Massen konfluierter. Man sieht Rund-Epitheloid- und Riesenzellentuberkel, die meisten sind deutlich gefärbt, Nekrose oder Verkäsung sieht man nicht. Die Epitheloidzellen haben blassgefärbten Protoplasmaleib mit mittelgrossem gefärbtem Kern. Dann sieht man eine Reihe von Riesenzellen von ausserordentlicher Grösse und Schönheit mit grossem wenig granuliertem Leib und mehr weniger randständig angeordneten grossen Kernen. Tuberknoten und Riesenzellen sind vornehmlich in der Schleimhaut, aber auch in der Muskelschicht zu treffen. Das Gewebe ist ziemlich blutreich, an den Durchschnitten der Gefässwände ist nichts Besonderes zu bemerken. Am Ovarium findet man das Bild einer Oophorit. chron. und ebenfalls Tuberkelknoten und Riesenzellen.

Alsdann demonstriert Vortr. ein Präparat von einem $1\frac{1}{2}$ jährigen an tuberkulöser Peritonitis gestorbenen Mädchen. Auf dem Ovarium sind Tuberkelknötchen zu sehen, die Tube weist mehrere knotenförmige Auftreibungen auf.

(Autoreferat).

Diskussion:

Masing: Genitaltuberkulose ist eine Seltenheit. In Russland wird noch jeder einschlägige Fall publiziert, in Deutschland scheint sie eine häufigere Beobachtung zu sein.

Schmitz: Das jüngste Mädchen an welchem er Tubentuberkulose beobachtete, war $1\frac{3}{4}$ Jahre alt; die Infektion war vom Peritoneum ausgegangen, hatte Geschwüre der Tuben und des ganzen Uterus gesetzt. — Der 2. Fall betraf ein 9 Jahre altes Mädchen.

Die Erkrankung der Tuben muss endogenen Ursprungs sein, die Infektion muss vom Peritoneum herstammen, während Cornet ein Verfechter der ektogenen Entstehung ist. Jedenfalls müsste Fluor bei kleinen Mädchen sehr beachtet und eventuell auf Tuberkulose hin untersucht werden.

Ferner referiert er über einen Fall von Tubentuberkulose, welcher diagnostiziert und geheilt wurde.

Ein 21-jähriges junges Mädchen von sehr grazilem Körperbau, doch von guter Gesundheit litt während eines ganzen Jahres an sehr langdauernden Menses, so zwar dass die freien Intervalle oft nur weniger Tage, ja bis zu zweien zählten. Dabei waren die Blutungen nicht stark und Schmerzen fehlten oder traten nur in sehr geringem Grade auf. Eine deshalb in Wiesbaden vorgenommene Rektalexploration hatte eine leichte Lageveränderung des Uterus ergeben (Retroversion) die dort eingeleitete Stypticinkur war ohne jeglichen Erfolg geblieben.

Als Referent, der die Dame seit ihrer frühesten Kindheit genau kannte, sie gegen Schluss des Jahres wiedersah, fand er Blutarmut und erhebliche Abmagerung, am Herzen ein anaemisches Geräusch. Die vorgeschlagene Hinzuziehung eines Gynäkologen wurde von der Mutter zurückgewiesen. Unter dem Gebrauch von Eisen und Hydrastis besserte sich der Zustand in den nächsten Monaten zusehends und die Dauer der Menses nahm sehr ab. Doch konnte Referent im April, kurz vor einer abermaligen Reise in's Ausland, bei einer Untersuchung durch die Bauchdecken etwas nach rechts von der Medianlinie und gleich oberhalb der Symphyse einen etwa wallnussgrossen, etwas beweglichen und leicht druckempfindlichen Tumor durchfühlen, von dem sich nach rechts und etwas nach oben ein strangförmiges Gebilde hinzuziehen schien.

Dieser Befund wurde bald darauf von Olshausen-Berlin und Leopold-Dresden bestätigt; doch über die Art der Geschwulst schwiegen beide. Dagegen soll einige Zeit später in Wiesbaden kein Tumor mehr sich haben nachweisen lassen.

Nach der Rückkehr im Oktober konnte Referent an der Stelle der früheren Geschwulst nur noch eine vermehrte Resistenz fühlen ohne Druckschmerz, die Menses kamen zur Zeit, dauerten 12 Tage. Aber es bestand leichtes Fieber und in der Lunge vorn oben eine leichte Dämpfung. Da dieser Befund suspect war, zugleich etwas Hüsteln auftrat und das Fieber unregelmässig fortdauerte, wurde Dr. Kernig konsultiert. Er bestätigte sowohl die Resistenz im Abdomen als auch die Lungendämpfung und sprach den dringenden Verdacht auf Genital- und möglicherweise beginnende Lungentuberkulose aus.

Bald danach wurde über Schmerz im 10. linken Interkostalraum hart neben der Wirbelsäule geklagt und im Urin trat ziemlich viel Eiter auf, auch einige rote Blutkörperchen und Nierenepithel bei saurer Reaktion und Abwesenheit von Zylindern. Albumen vorübergehend 0,02 pCt. In diesem Urin nun will Kressling bei wiederholten Untersuchungen einige spärliche Tuberkelbazillen gefunden haben (Färbung nach Pappenheim), während Dr. Ucke das nicht konstatieren konnte, wohl aber hat Ucke im Vaginalsekret bei einmaliger Untersuchung einige charakteristische TB. nachweisen können (es bestand, beiläufig bemerkt, kein Fluor albus).

Pat. wurde nun an die Riviera (Bordighera) geschickt. Auf dem Wege dorthin hatte Renvers-Berlin sie untersucht und die Diagnose: Tuberkeln im Becken ausgesprochen. Von dann an bis April blieb Pat. in Italien, hat dort zuerst etwas gefiebert, dann aber sich gut erholt. Danach Wiesbaden bis zum Herbst.

Bei der Rückkehr hierher war der Befund an Lunge und Genitalorganen negativ, das Allgemeinbefinden war gut, kein Fieber. Dagegen hatte sich aber vorn am Ansatz des 6. linken Rippenknorpels an das Brustbein ein kleiner kalter Abscess entwickelt, der später operativ ausgeheilt wurde.

Jetzt ist der Zustand der Patientin durchaus gut, von Tuberkulose ist nirgends etwas nachzuweisen.

Das Interessante des Falles sieht Referent in dem Aufflackern des tuberk. Prozesses bald hier, bald da, — rechte Tube, rechte Lungenspitze, linke Niere (?), Rippe, — und in der Ausheilung aller dieser Lokalisation.

Stellv. Direktor: E. Masing.
Sekretär: E. Michelson.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Dr. Kasimir Ssakowitsch in Bjelaja-Zerkow (Gouv. Kiew), der auf eine mehr als 45-jährige ärztliche Tätigkeit zurückblicken kann, wurde aus diesem Anlass von der polnischen Gesellschaft der Aerzte in Kiew zum Ehrenmitgliede gewählt. Der Gefeierte, welcher im 74. Lebensjahre steht, ist Chefarzt der ambulatorischen Heilanstalt des Roten Kreuzes und Gehülfe des Kurators eines Kinderasyls in Bjelaja-Zerkow.

— Der Flaggmannarzt der baltischen Flotte, wirkl. Staatsrat Dr. Alexander v. Bunge, ist zum Flaggmannarzt des Stabes des Chefs des baltischen Geschwaders ernannt worden.

— Zum Rektor der deutschen Universität in Prag ist der bekannte Kliniker Professor Dr. R. Jaksch Ritter v. Wartenhorst, Direktor der II. medizinischen Klinik daselbst, gewählt worden.

— Der Pathologe, Geh. Medizinalrat Dr. Karl Anton Ewald, der seit 1875 der Berliner medizinischen Fakultät angehört und seit 1882 ausserordentlicher Professor ist, wurde zum ordentlichen Professor ernannt. Ewald war bis in die letzte Zeit Redakteur der «Berliner klinischen Wochenschrift», ist dirigierender Arzt der inneren Abteilung des Augustahospitals, Generalsekretär des Vereins für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten und Vorsitzender des Vereins für häusliche Gesundheitspflege.

— Der Gouvernements-Medizinalinspektor in Witebsk, Staatsrat Dr. Woronowski, ist auf den entsprechenden Posten nach Poltawa übergeführt worden.

— Für den Posten des Stadtarztes in Arensburg ist an Stelle des kürzlich verstorbenen Dr. Meywald vom Stadtamt Dr. Wilhelm Sohn gewählt und der Medizinalbehörde zur Bestätigung vorgestellt worden. Dr. Sohn ist ein geborener Arensburger und war nach Absolvierung seiner Studien in Dorpat i. J. 1896 anfangs in Pernau, dann kurze Zeit als Assistenzarzt am Alexandrastift in Petersburg und in den letzten Jahren als praktischer Arzt in Reval tätig.

— Professor Robert Koch sind in Japan glanzvolle Ehrungen erwiesen worden. Bereits bei seiner Landung in Yokohama, das zu Ehren des berühmten Forschers Flaggenschmuck angelegt hatte, wurde er von einer grossen Anzahl japanischer Aerzte begrüsst, unter denen sich eine Menge seiner ehemaligen Schüler befanden. Einige Tage später fand in Tokio in der Musikakademie ein feierlicher Empfang statt, auf welchem der Generalarzt Dr. Ishipuro die Verdienste Kochs um die Wissenschaft und die Gesundheit der Menschheit pries. Japan besonders habe dem deutschen Gelehrten zu danken, denn auf Grund seiner Forschungen sei die Cholera in Japan in Abnahme begriffen. Alsdann sprach Dr. Miura, Präsident der Medizinschule in Tokio, Worte der Begrüssung. Zum Schluss dankte Koch für den schönen Empfang und schloss daran einige Ausführungen über die Schlafkrankheit, die von Dr. Kitasato ins Japanische übersetzt wurden. Am Abend fand Koch zu Ehren eine japanische Theatervorstellung mit Tanzaufführung der Geishas statt.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 11. Juli in Moskau der bekannte Kliniker, Professor emer. Dr. Alexis Ostroumow im 64. Lebensjahre an Sarkom. Der Hingeschiedene war in Moskau geboren und hatte daselbst seine Schulbildung erhalten, worauf er sich dem Studium der Medizin an der dortigen Universität widmete, welche er i. J. 1870 mit dem Arztgrade absolvierte. Nach Erlangung der Doktorwürde i. J. 1872 habilitierte er sich als Privatdozent für innere Medizin an der Moskauer Universität und wurde i. J. 1881 zum Professor und Direktor der therapeutischen Hospitalklinik ernannt. In den letzten Jahren lebte er verabschiedet als freipraktizierender Arzt in Moskau. Der Verstorbene ist auch vielfach literärisch auf seinem Spezialgebiete hervorgetreten; wir erwähnen hier seine Schriften: «Ueber den I. Herzton»; «Ueber hemmende Nerven der Gefässe»; «Ueber die lokalen Oedeme bei den Nervenstörungen» und seine «Klinischen Vorträge», die 1896 erschienen. 2) In Pinsk (Gouv. Minsk) Dr. Wladislaw Gornitsch im Alter von 77 Jahren. Der Verstorbene, welcher vor 2 Jahren sein 50-jähriges Arztjubiläum begehen konnte, hatte in der letzten Zeit wegen

hohen Alters seine Praxis aufgegeben und beschäftigte sich eifrig mit der Bienenzucht. 3) Am 22. Juni in Odessa der dortige Arzt M. Hochberg im 30. Lebensjahre am Flecktyphus. Seine ärztliche Tätigkeit hatte er vor kaum zwei Jahren begonnen. 4) In Udelnaja bei Petersburg der frühere jüngere Arzt der 6. Artilleriebrigade Dr. Jakob Podjadtschikow im 35. Lebensjahre nach 8-jähriger praktischer Tätigkeit. 5) In Leipzig der ehemalige ausserordentliche Professor der dortigen Universität Dr. Richard Hagen, Spezialist für Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten. Er war seit 1894 von der Abhaltung von Vorlesungen entbunden.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Auf der bevorstehenden Konferenz der Universitätsrektoren Russlands sollen u. a. die Errichtung eines Universitäts-Senats und die Kreierung des Amtes eines Universitäts-Kanzlers als wichtigste Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung gesetzt werden.

— Zur Aufnahme in die militär-medizinische Akademie ist, wie wir bereits mitteilten, nach den vom Kriegsminister erlassenen neuen Regeln erforderlich, dass die Aspiranten zuvor die für alle Militärs notwendigen Kenntnisse sich aneignen. Zu diesem Zwecke wird nun für die Neueintretenden vom 25. August bis zum 10. September in der Akademie ein entsprechender Kursus abgehalten werden, nach dessen Beendigung eine Kontrollprüfung stattfinden wird. Es handelt sich hierbei hauptsächlich um die Statuten des Garnisondienstes.

— Für die Aufnahme in das weibliche medizinische Institut genügt nach den neuen Vorschriften nicht mehr, dass die Aspirantinnen durch ein Zeugnis die Kenntnis der lateinischen Sprache nachweisen, sondern sie müssen sich nun auch einer Prüfung in dieser Sprache unterziehen. Ausserdem haben sie noch Examina in der Mathematik, Physik, in der russischen und in einer neueren Sprache abzulegen, und zwar in einer Session, frühere Examina gelten nicht.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Von dem Russischen National-Komitee des Internationalen Tuberkulose-Kongresses, der vom 21. Sept. bis zum 12. Okt. (n. St.) 1908 in Washington tagen wird, geht der Redaktion folgende Mitteilung zu, die wir in deutscher Uebersetzung wiedergeben:

«Das Russische National-Komitee (Bureau) des Washingtoner Kongresses hatte durch Zirkular bekannt gemacht, dass das Komitee der Russischen Freiwilligen Flotte versprochen hatte, den russischen Teilnehmern an dem Kongress eine Preisermässigung bei der Ueberfahrt auf den Dampfschiffen der Freiwilligen Flotte von Libau nach New-York und zurück zu gewähren. Gegenwärtig aber (den 25. Juni) ist von dem Komitee der Freiwilligen Flotte die offizielle Benachrichtigung erfolgt, dass der Verkehr auf der Linie dieser Flotte zwischen Libau und New-York eingestellt ist.

Indem das Russische National-Komitee in die unangenehme Notwendigkeit versetzt ist, solches zur allgemeinen Kenntnis zu bringen, teilt es gleichzeitig folgendes mit:

1) Die Linie der Russischen Ostasiatischen Dampfschifffahrtsgesellschaft kann von den Teilnehmern am Kongress nicht benutzt werden, weil die Abgangstermine der Dampfschiffe nicht passen.

2) Auf den hierzu geeigneten Dampfschiffen der ausländischen Gesellschaften sind laut eingezogenen Erkundigungen nur sehr wenige Plätze nachgeblieben, sodass Personen, die sich noch keinen Platz besorgt haben, sich durchaus sofort an die lokalen Agenturen der betreffenden Gesellschaften wenden, oder direkt telegraphisch an die Verwaltung der Gesellschaften eine Anfrage richten müssen.

3) Einige Petersburger Kongressteilnehmer, darunter auch die Sekretäre des Nationalkomitees A. Wladimiroff und O. Hartoch haben beschlossen, ein Dampfschiff der «United States-Skandinavian-Amerika-Line» zur Ueberfahrt zu benutzen und haben davon die Personen, die ihre Namen in die Liste der Kongressteilnehmer eingetragen haben, schriftlich benachrichtigt.

Diejenigen, welche sich dieser Gruppe anschliessen und in die Zahl der Passagiere des Dampfschiffs der United-States-Skandinavian-Line durch Vermittelung des Nationalkomitees aufgenommen werden wollen, werden ersucht, telegraphisch 50 Rbl. auf den Namen von Dr. A. Wladimiroff (Kamennoostrowskij Prosp. 62) anzuweisen, mit der Angabe, zu welchem Preise sie einen Platz auf dem genannten Dampfschiff zu belegen wünschen. Die obligatorische Einzahlung pränumerando beträgt 1/4 des Fahrpreises.

Der Preis eines Platzes in einer Kajüte für 4 Personen beträgt inclusive Beköstigung während der Ueberfahrt je 315 Deutsche Reichsmark, in einer Kajüte für 3 Personen je 335—400 R. M. und in einer Kajüte für 2 Personen je 475 R. M.

Das Nationalkomitee (Bureau) kann selbstverständlich nicht die Verantwortung dafür übernehmen, dass beim Eintreffen der Bestellung noch freie Plätze auf dem genannten Dampfschiffe vorhanden sein werden».

Der Präsident des Nationalkomitees (Bureau)

gez. L. Berthenson, Sergiewskaja 20.

Der Generalsekretär gez. A. Wladimiroff, Kamennoostrowski 62.

Standesangelegenheiten.

— Der Antrag der St. Petersburger städtischen Hospitalkommission, die äusserst ungenügenden Gehälter der zehn Prosektoren der Stadthospitäler zu erhöhen, ist vom Stadtamt abschlägig beschieden worden. Die beantragte Zulage hätte für alle 10 Prosektoren zusammen nur 9480 Rbl. betragen. (R. Wr.).

— Vor ca. 1½ Jahren wurden die beiden «forschrittlichen» Landschaftsärzte in Ssoligalitsch (Gouv. Kostroma) Ernst Lensin und A. Starkow auf Anordnung des Gouverneurs aus dem Landschaftsdienst entlassen. Dr. Starkow ist inzwischen gestorben, während Dr. Lensin als freipraktizierender Arzt in Ssoligalitsch weiter tätig ist. Neuerdings ist nun letzterem auch der Aufenthalt in Ssoligalitsch und in dem ganzen Gouvernement Kostroma vom Gouverneur verboten worden, weil er im Verdacht steht, durch seine Anwesenheit der Wiederbesetzung der beiden vakanten Arztstellen hinderlich zu sein. Es hat nämlich die Landschaft nach der Entlassung der beiden fortschrittlichen Aerzte seit mehr als einem Jahr keine Stellvertreter für sie finden können.

— Das Moskauer Stadtamt hat den Arzt am städtischen Alten Katharinenhospital Dr. Kanel aus dem Dienst entlassen, weil er einen Schwerkranken nicht empfangen hatte, sondern sich zum Examen in die bei diesem Hospital bestehende Feldscherinnenschule begeben hatte, an welcher er als Dozent angestellt war.

— Auf dem soeben geschlossenen ersten internationalen Kongresse zur Bekämpfung des Duellunwesens in Budapest hat der Delegierte von Italien Dr. Bouttini den Vorschlag gemacht, dass alle medizinischen Vereine ihren Mitgliedern verbieten sollten, an Duellen behufs Hülfeleistung bei Verwundungen teilzunehmen.

Epidemiologisches.

— Die Cholera hat bereits wieder ihren Einzug ins europäische Russland gehalten. In Zarizyn sind nach einem offiziellen Bericht in der vorigen Woche 12 Personen an der Cholera erkrankt und 11 von ihnen gestorben. Aus Astrachan wurden am 11. und 13. Juli 8 choleraverdächtige Kranke ins Hospital gebracht; bei 2 von ihnen ist, wie der Telegraph meldet, bereits bakteriologisch die asiatische Cholera konstatiert worden. Die Gouvernements Astrachan und Saratow, die Wolgaufer zwischen Astrachan und Ssamara, die Kreise Ssamara und Nikolajewsk (Gouv. Ssamara) sowie Sysran (Gouv. Simbirsk) und die Stadt Ssamara wurden für bedroht von der Cholera erklärt. Nach neueren Nachrichten erkrankten in der Stadt Astrachan vom 11.—14. Juli 11 Personen an der Cholera und starben 4; insgesamt waren seit dem

8. Juli 13 Personen erkrankt und 5 gestorben. In der Stadt Zarizyn erkrankten am 11. und 12. Juli 11 Personen und starben 8; im ganzen sind dort 18 erkrankt und 11 gestorben. In Balakowo (Gouv. Samara) wurden von den aus dem Süden kommenden Dampfern 2 choleraverdächtige Kranke ins Hospital gebracht, von denen einer starb.

— In Anbetracht der Typhusepidemien an vielen Stellen des Reiches ist vom Ministerium des Innern an die Gouverneure die Mitteilung ergangen, dass es für möglich erachtet hat, im Laufe der Sommer- und Herbstmonate d. J. bei dem Mangel an Aerzten die Studenten der Medizin der russischen Universitäten sowie die Hörerinnen des weiblichen medizinischen Instituts zur Teilnahme an der Bekämpfung der Infektionskrankheiten heranzuziehen.

— Im Kurorte Jalta ist, wie von dort berichtet wird, die Fleck- und Rückfalltyphus-Epidemie, welche dort in nicht geringem Grade herrschte, gegenwärtig fast ganz erloschen. Am 1. Juli waren dort nur noch zwei Typhuskranke verblieben.

Verschiedene Mitteilungen.

— In der Quarantäneanstalt von Feodossia ist auf Initiative des Dr. S. W. Konstanssow eine Pasteurstation zur Behandlung von tollwütigen Tieren gebissener Personen mit Schutzimpfungen errichtet worden.

— Die Narsanquelle in Kisslowodsk funktioniert, wie der Direktor der kaukasischen Mineralbäder Dr. Tilitschejew mitteilt, wieder in ausreichendem Masse. Der Verbrauch des Wassers für Bäder, Flaschenfüllung und Trinkkuren im Betrage von 130,000 Eimern täglich wird von der Quelle vollkommen gedeckt. Wiederholte Analysen haben ergeben, dass auch die chemische Zusammensetzung des Mineralwassers sowohl in bezug auf den Gehalt an Mineralstoffen als an freier Kohlensäure keine Aenderung erlitten hat.

— In Moskau sind neuerdings 18 neue Apotheken konzessioniert worden. Da dadurch die Besitzer der alten Apotheken schwer geschädigt werden, so wollen sie beim Senat darüber Beschwerde führen.

— Bestrafung eines Gesundbeters. Wie aus New-York berichtet wird, hat dort zum ersten Male in der Geschichte der sog. «Christlichen Wissenschaft» ein Patient, der sich von einem «Heiler» hatte behandeln lassen, einen Anspruch auf Schadenersatz zugebilligt erhalten, da die Behandlung für falsch erklärt wurde. Ein Mr. Salomon Raisler erhielt durch gerichtliches Urteil von dem «Heiler» Julius Benjamin 6000 Dollar (12,000 Rbl.) Schadenersatz für den Verlust eines Beines, das amputiert werden musste, weil das Uebel von einer kranken Zehe aus sich ausgebreitet hatte, während der Anhänger der «Christlichen Wissenschaft» es vergebens durch die Kraft des Gebetes zu bekämpfen versucht hatte.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Juni d. J. 10897 (22 weniger als in der Vorwoche), darunter 631 Typhus abdom. — (62 wen.), 8 Typhus exanthemat. — (3 mehr), 256 Febris recur. (26 wen.), 455 Syphilis — (25 mehr), 326 vener. Kranke — (29 wen.), 205 Scharlach — (7 wen.), 177 Diphtherie — (7 mehr), 83 Masern — (9 wen.), 205 Pockenkranke — (11 mehr als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 22. bis zum 28. Juni d. J. im ganzen 830, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus abdominalis 26, Febris recurrens 1, Pocken 13, Masern 43, Scharlach 11, Diphtherie 15, Keuchhusten 5, Krupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 8, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 96, Ruhr 1, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberkulose der Lungen 85, Tuberkulose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungskanals 167, andere Krankheiten 220. Ausserdem 48 Totgeborene.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg):*
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg):*
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen):*
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.):*
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszałkowska** 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19;** Seydelstrasse 16. (4) —53.



Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup

„CALIFIG"

(Name gesetzlich geschützt)

ist ein längst bekanntes, erprobtes, unschädliches, wohlschmeckendes Laxativ, welches infolge seiner sicheren und milden Wirkung die Aerzte in ihren Erwartungen niemals täuscht. (27) 0—10.

Besonders geeignet für die Frauen- und Kinder-Praxis. Gebrauchsanweisung ist jeder Flasche beigefügt.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herren Stoll & Schmidt,
" " " Moskau. . . . . " d. Gesell. W. K. Ferrein,
" " " Odessa . . . . " Herren J. Lemmé & Co.
" " " Warschau . . . " Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.

ФОРМАМИНТЪ БАУЭРЪ

(FORMAMINT BAUER)

Новый препаратъ фирмы Бауэръ и К°, Берлинъ S. W. 48. Соединеніе формальдегида съ молочнымъ сахаромъ, имѣется въ продажѣ въ видѣ таблетокъ по 50 шт. въ склянкѣ. o o o o

Употребляется вмѣсто полосканія

ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНІЯ ЗѢВА И ПОЛОСТИ РТА

при различнаго рода воспалительныхъ заболѣваніяхъ (Ангина, Стоматитъ и т. п.) а также и

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХЪ ЦѢЛЕЙ.

Таблетки дѣйствуютъ путемъ медленнаго растворенія во рту. Пріемъ: 1—2 таблетокъ каждый часъ. Литературу и пробы Гг. врачамъ безплатно.

Главное Представительство Санатогена Бауэръ

С.-Петербургъ, Больш. Конюшенная, 29.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 30 St. Petersburg, den 26. Juli (8. August). 1908.

Ueber die Ventrikelhypertrophie bei Arteriosklerose und chronischer Nephritis.

Von

Dr. A. Schabert.

Prosektor am Stadtkrankenhause zu Riga.

Seit Brigths Zeiten hat die Frage der Abhängigkeit der Herzhypertrophie von den verschiedenen Formen der Nephritis die Pathologen unablässig beschäftigt und eine ganze Reihe Hypothesen gezeitigt; dazu ist denn noch in letzter Zeit als Zwischenglied die Arteriosklerose getreten, die an sich schon schwierige Frage noch komplizierend. Deutet nun der eben angeführte Reichtum an Hypothesen schon an und für sich auf einen Mangel an genügend gesicherten Tatsachen hin, so lehrt das Studium der Literatur der letzten Jahrzehnte, dass es eigentlich nur wenige Arbeiten sind, welche auf Grund neuer Methoden neues Material herbei geschafft haben, und unter diesen sind es vornehmlich die Arbeiten von Hasenfeld und Hirsch, beide aus der Leipziger Schule, denen wir neue Gesichtspunkte verdanken. Aber auch sie betonen die Notwendigkeit einer neuen Materials. Mit dem allseitig, in wiederholtes und eindringlicher Weise auch von Krehl ausgesprochenen Bedürfniss nach einer Vervollständigung des Materials nach neueren Methoden war also ein Teil der Aufgabe gegeben.

Unter den Arbeiten früherer Jahre, die die Frage des Zusammenhanges von Herzhypertrophie und Nephritis behandeln, möchte ich nur die von Bamberger erwähnen. Sie umfasst aus einem Sektionsmaterial von 19,000 Fällen 2430 Fälle von Morb. Br. und ist heute noch in Hinsicht der kritischen Ausscheidung der ungeeigneten und der Verwertung nur des geeigneten Materiales mustergiltig. Das uns interessierende Resultat Bambergers betont, dass beim Mr. Br. die R. Kammer des Herzens allein niemals, die L. Kammer allein häufig hypertrophiert, nur in der Hälfte der Fälle hypertrophieren beide Ventrikel und auch hiervon (41 pCt.) würde noch $^1/_3$ herunter gehen, wenn man streng alle Zustände von secund. Emphysem ausscheide. Eine grosse Anzahl von Autoren hat neben und nach Bamberger weiter dieser Frage ihre Aufmerksamkeit gewidmet, so v. Buhl, Ewald, Bollinger, Spatz, Friedländer, aber alle diese Untersuchungen haben heute nur historisches Interesse, weil sie auf keiner exakten Methodik beruhten, sondern sich der persönlichen Schätzung und linearen Messung bedienten.

Alle kritischen Beurteiler der mit jedem Autor sich fast parallel mehrenden Hypothesen stimmen aber darin überein, dass, so lange wir nicht eine sichere Entscheidung der Frage haben, ob beim Morb. Br. beide oder nur der L. Ventrikel allein hypertrophieren, wir jedes sicheren Bodens für unsere pathogenetischen Vorstellungen über den Zusammenhang beider entbehren.

Da erschien im Jahre 1883 Müllers Standardwerk über die Massenverhältnisse des menschlichen Herzens; er gab eine Methode an, mit deren Hilfe jeder einzelne Abschnitt des Herzens, der freie Teil des R. und L. Ventrikels die Scheidewand der Ventrikel und ebenso der R. und L. Vorhof und die Scheidewand gewogen werden kann, und die Zusammenstellung seiner Zahlen aus 1481 Untersuchungen ergab ihm dann die ideellen

Zahlen für die Herzmasse eines Menschen von bestimmtem Körpergewicht, Alter und Geschlecht. Diese Zahlen, die in Tabellen angeordnet sind, bieten uns heute die Vergleichswerte. Die Müllersche Methodik wurde der Ausgangspunkt neuer Arbeiten.

Nach ihr arbeitete Hasenfeld. Er untersuchte 14 Fälle nach der Müllerschen Methode der Herzwägung und der Thomaschen Methode der Gefässausmessung und fand, dass bei Arteriosklerose nur der L. Ventricel hypertrophiere und zwar nur dann, wenn das Gefässgebiet des Splanchnicus oder die Aorta über dem Zwerchfell sklerotisch ist, dass aber bei Schrumpfniere alle Herzabschnitte sich an der Hypertrophie beteiligen. Kombinieren sich beide Zustände: Splanchnicussklerose und Schrumpfniere, so überwiegt die Hypertrophie des L. Ventrikels.

Die Bedeutung dieser Arbeit sehe ich in dem erstmal geführten Nachweis von der Bedeutung der „Splanchnicussklerose" für das Zustandekommen der Herzhypertrophie, für die Frage des Zusammenhanges von Herzhypertrophie und Nierenschrumpfung ist das Material aber zu klein. Hirsch berichtet über 21 Fälle von Nephritis, die sich aus 10 reinen Fällen, 3 Fällen die mit Lungenemphysem kompliziert waren und 7, die mit Arteriosklerose kompliziert waren, zusammensetzen; schalten wir die mit Emphysem komplizierten Fälle aus, entsprechend einer Forderung, die schon Bamberger aufstellte, so ergeben die Angaben Hirschs: 70 pCt. beiderseitiger Herzhypertrophie für die reinen und 72 pCt. beiderseitige Hypertrophie für die mit Arteriosklerose komplizierten Fälle von Schrumpfniere. Damit stellt sich Hirsch ganz auf den Standpunkt der Hasenfeldschen Resultate.

Bei einer näheren Durchsicht der Fälle von Hirsch kam ich indess zu dem Resultat, dass er nicht mit der genügenden Strenge die Forderung erfüllt hat, ein möglichst reines Material darzustellen: Fälle, die mit zu starkem Oedem das Gewicht der Leiche gewissermassen künstlich herauftreiben, sind nicht zu gebrauchen, weil sie zu hohe Vergleichszahlen beanspruchen, und ebenso ist das Potatorium als komplizierender Faktor anzusehen; wenn Hirsch zwar sagt, dass das Biersäuferherz keine Ausnahmestellung einnimmt, so bedarf diese Behauptung erst des Beweises. Nach meiner Meinung muss die Zahl der Hirschschen Fälle nach Ausschaltung dieser komplizierenden Faktore noch weiter beschnitten werden, und daher lag es mir nahe, mich noch nach weiterem Material in der Literatur umzusehen. Dieses fand ich denn auch bei Müller, und das war mir umso wertvoller, als Müller nicht nur als der exakteste Methodiker auf diesem Gebiete zu gelten hat, sondern, indem er die Auffindung der normalen Verhältnisse betrieb, von der Nephritis und den ihr anhaftenden Theorien garnicht berührt war. In dem Müllerschen Material habe ich nun alle Fälle von Nephritis ausgezogen, die mir verwertbar schienen, und wer die Anordnung des Müllerschen Materiales kennt, wird zugeben, dass hier jede Selbsttäuschung ausgeschlossen ist. Erst das Schlussresultat lässt einen überhaupt zu einer Ansicht gelangen. Da Müller unter seinen Diagnosen nur die Begriffe Nephritis und Nephritis interstitialis kennt, so habe ich erstere ganz fortgelassen, weil ihre Stellung im System zu wenig markiert ist und aus der II. Gruppe, der Nephritis interstitialis nur diejenigen Fälle gewählt, die im Alter bis zu 35 Jahren verstorben waren. Ich durfte annehmen, dass bis zu dieser Altersgrenze die Arteriosklerose gar keine, die genuine Schrumpfniere mit grösster Wahrscheinlichkeit auch keine Rolle spielt, dass alle Fälle Müllers bis zum 35 Jahre, die als Nephritis interstitialis geführt sind, zur secundären Schrumpfniere gehören. Es sind dies 5 Fälle, unter denen 2 eine beträchtliche, zwei eine ganz geringe und einer keine Hypertrophie des R. Ventrikels aufweisen. (NNr. 1402, 748, 995, 835 und 1244).

Das Material aus dem Rigaschen Stadtkrankenhause, das ich seit dem 1. Jan. 1906 benutze, ergab unter 1070 Sektionen 13 Fälle von Nephritis, die ich in jeder Beziehung als rein ansehen kann, Die verhältnissmässig geringe Anzahl von verwerteten Fällen unter der grossen Menge von Sektionen und der doch gewiss an sich vulgären Nephritis lässt schon darauf schliessen, dass ich mit äusserster Strenge vorgegangen bin gegen alles, was irgend wie das einwandsfreie Resultat beeinflussen könnte. In Bezug auf das Emphysem, das so regelmässig den R. Ventrikel zur Hypertrophie bringt, habe ich bereits den Bambergschen Standpunkt betont. Alle Fälle von Emphysem, ebenso natürlich alle übrigen chronischen, mit Induration einhergehenden Prozesse der Lungen und der Pleura sind auszuschalten. — Einen weiteren grossen Verlust erleidet das Nephritismaterial durch den Fortfall aller mit Nephritis komplizierten Klappenfehler auf endokarditischer Basis. In einer früheren Arbeit habe ich betont, dass die akute und rekurrierende Endokarditis etwa in 25 pCt. eine hämorrhagische, subchron. und ebenfalls recurrierende Nephritis zur Folge hat. — Ein weiterer Verlust ist die grosse Anzahl amyloider Nephritiden, die nie zur Herzhypertrophie führen, es sei denn ausnahmsweise einmal als amyloide Schrumpfniere.

Ich habe die Nephritis bei Bierpotus und Schwangerschaft ausgeschlossen, dann alle akuten Nephritiden im Anschluss an die typischen Infektionskrankheiten ausschliesslich die gewöhnliche Atrophie des hohen Alters. Da es nun aber überall in der Nephritispathologie Uebergänge und Kombinationen giebt, namentlich Kombinationen, — so habe ich weiter alle solche suspekte, nicht vollkommen eindeutige Fälle unberücksichtigt gelassen, und da es mir darauf ankam, nur vom prinzipiellen Standpunkt aus die Frage des Zusammenhanges von Herzhypertrophie mit den einzelnen Formen der Nierenveränderung zu beantworten, so wählte ich zu den Wägungen in erster Linie diejenigen Fälle, die eindeutige und excessive Grade der Nephritis darboten. Je reiner die Fälle, je weiter die pathologischen Veränderungen fortgeschritten, desto mehr, durfte ich mir sagen, müsse das pathologische Gesetz zum Ausdruck kommen.

Bei der Einteilung bin ich auf dem rein pathologischen Standpunkt geblieben, der sich nicht immer mit dem der pathologischen Anatomie deckt. In dieser Beziehung habe ich mich dem Standpunkt angeschlossen, wie er letzthin von Senator vertreten wurde, und unterscheide die chron. haematogene Nephritis, mag sie anatomisch mehr als diffuse Form oder als sekundäre Schrumpfniere auftreten, von der schleichend beginnenden, auf Ernährungsanomalien beruhenden Form der Granuläratrophie, mag diese wiederum als primäre genuine Schrumpfniere oder im Gefolge der Arteriosklerose als arteriosklerotische Schrumpfniere, Nierensklerose auftreten.

Bei den Wägungen habe ich mich auf den Kammerabschnitt des Herzens beschränkt: L. Ventrikel, R. Ventrikel und Kammerscheidewand wurden, nachdem sie von Fett freipräpariert waren, auf einer Wage gewogen, die noch 1/10 Gramm deutlich anzeigte. Die Wägung der Vorhöfe wurde wohl vielfach ausgeführt — aber nicht systematisch. Die Frage, wie sich die Vorhöfe bei der Arteriosklerose und Nephritis verhalten, steht erst an II. Stelle und kann von der Ventrikelfrage getrennt behandelt werden. Zunächst kam es

darauf an, die Gesetze zu finden, wie sich die Ventrikel verhalten.

Den Einfluss reiner Arteriosklerose mit Anschluss von Nierenschrumpfung und Nierensklerose konnte ich an 10 Fällen studieren. Sie betrafen Individuen von 40—70 Jahren im Gewicht von 48 bis 80 Kilo. Das Gewicht der Individuen wurde teils nach den Wägungen in den Abteilungen festgestellt, teils durch Anwendung des Index Brustumfang mal Länge in Centimetern dividiert durch 240 gleich Körpergewicht in Kilogrammen. Dieser Index schien mir besonders wichtig und zutreffend für Leichen, welche Oedem hatten, wodurch ein abnormes Gewicht erzielt wird, das eine Anwendung der Müllerschen Normalzahlen garnicht zulässt. 6 mal unter den 10 Fällen findet sich die Notiz, dass die Gefässe des Splanchnicusgebietes auffallend sklerotisch waren, die Art. mesenterica klaffte stark, war weit, und zeigte auf dem Durchschnitt exzentrische oder konzentrische Verdickungen der Gefässwand, selten sind atheromatöse Zustände an diesen Gefässen. Die Thomasche Methode der Gefässuntersuchungen war aus vollkommenem Mangel an Hilfskräften nicht ausführbar, wir mussten daher von der Voraussetzung ausgehen, dass Hasenfelds, auch von anderen Autoren bestätigte Angaben, über die Ursache der Herzhypertrophie bei Arteriosklerose zutreffende sind. Vergleichen wir nun das Verhältnis der Zunahme des L. Ventrikels und dasjenige des R. Ventrikels mit den von Müller angegeben Durchschnittsgewichten, so geht klar hervor, dass den allergrössten Anteil an der Herzhypertrophie beim Arteriosklerotiker der L. Ventrikel trägt. In einer nach der Masse des L. Ventrikels absteigenden Reihe betrug das Gewicht des L. Veutrikels, verglichen mit den Zahlen von Müller:

Tabelle I.

10 Fälle reiner Arteriosklerose.

№	L. Ventr. n. Müller	Differenz.	R. Ventr. n. Müller	Differenz.
1	300 131,3	168.7	80 66,1	13,9
2	280 120,7	159,3	70 61,6	8,4
3	230 131,3	98,7	80 66,1	13,9
4	230 103,4	126,6	75 55,6	19,4
5	200 120,7	79,3	80 61.6	18,4
6	200 103,4	96,6	60 55,6	4,4
7	180 120,7	59,3	50 61,6	—11,6
8	150 103,4	46,6	60 55,6	4,4
9	135 79,9	55,1	60 41,9	18,1
10	130 79,9	50,1	50 41,9	8,1

Objektiv genommen, besteht also in 10 Fällen 9 mal eine Gewichtszunahme des R. Ventrikels, die von 4,4 Gramm bis zu 19,4 Gramm schwankt. Schon dieses Verhältnis macht es unwahrscheinlich, dass wir es hier mit den Erscheinungen der natürlichen Variation zu tun haben, worunter die de fakto zu erwartende Abweichung der Ventrikelmasse im Einzelfalle von dem Müllerschen Durchschnitt, sei es nach oben oder nach unten, zu verstehen ist. Wir werden also auf das Konto der natürlichen Variation nur einen Bruchteil unseres Ventrikelüberschusses setzen können. Nun könnte ich zugeben, dass ich vielleicht nicht so sorgfältig alles Pericardialfett abpräpariert habe, wie das an dem Müllerschen Material seinerzeit geschehen ist. Nach Möglichkeit haben wir diesen Fehler vermieden, doch dürften bei unserer Art Fett zu entfernen kaum mehr als 1—3 Gramm gegenüber einer idealen Präparation übrig geblieben sein; also auch mit diesem Einwande ist wesentlich noch nicht Alles gewonnen. Nun hat man gesagt, der R. Ventricel mache ein Mithypertrophieren mit. Senator stellte sich die Sache so vor, dass bei einer Hypertrophie des L. Ventrikels mehr Blut in die Kranzarterien getrieben würde. Das ist unwahrscheinlich; Krehl wies auf die anatomische Tatsache hin, dass ein Teil der Kammermuskulatur, wenn auch nur der kleinere, beiden Kammern gemeinsam ist (nach Rauber die äussere Schicht und Fasern der Mittellage). In diesem Krehlschen Sinne scheint mir die Hypothese vom Mithypertrophieren noch nicht widerlegt und sie ist es, die für mich die meiste Wahrscheinlichkeit hat.

Viertens liesse sich zur Erklärung darauf hinweisen, dass es in den extremen Fällen durch Nachlass der Kraft des L. Ventrikels allmälig zu Stauung kommen müsse, die den R. Ventrikel sowohl zu einem energischen Schöpfen als zu energischeren Kontraktionen antreibt. Vorstellungen dieser Art finden sich bei Krehl und Schrötter. Nun finden sich unter meinen Fällen 4 (3. 4. 9. 10.), die alle eine geringe Hypertrophie aufweisen und wo der Tod vorzeitig eintrat: 2 mal durch Apoplexie, 1 mal durch Perforation eines Magenkarzinoms, 1 mal durch Meningitis. Das musste ich als Einwand heranziehen; zu Stauungserscheinungen war es hier nicht gekommen. Um nun irgend welche Fehler meines Materiales namentlich solche der Präparation von Fett und auch des Schneidens — denn darauf kommt es doch auch sehr an — deutlicher zu erkennen, habe ich die Fälle Hasenfeld, Hirsch und Müller zum Vergleich herangezogen: im Ganzen 15 Fälle, und unter diesen finden sich gegenüber den Müllerschen Durchschnittszahlen gleichfalls 8 Fälle von Gewichten des R. Ventrikels, welche diese Durchschnittszahlen überscheiten. Berücksichtigt man aber, dass die Fälle aus Riga durchschnittlich viel höhere Grade von linksseitiger Hypertrophie aufwiesen — das Verhältniss bei meinen Sektionen ergab $\frac{L}{R} = 3{,}02$, bei Müller 2,67 und bei Hirsch nur 2,34, — so ist es leicht verständlich, dass unter der Annahme eines geringen Mithypertrophierens im Krehlschen Sinne der Ausschlag für den R. Ventrikel bei mir etwas höher ausfällt als bei Hirsch und Müller, wodurch ich wohl quantitative aber nicht prinzipielle Unterschiede als zugegeben verstanden wissen möchte.

Sehen wir aber von dem Verhältniss des R. Ventrikels zu den Müllerschen Durchschnittszahlen ab und betrachten wir nur das Verhältniss vom L. zum R. Ventrikel, so müssen wir auf Grund des hier vorliegenden Materiales — im Ganzen sind es 25 Fällen reiner, nach einheitlichen Gesichtspunkten und Methoden analysierter Fälle — sagen, die Hypertrophie des L. Ventrikels ist bei der Arteriosklerose das hervorstechende Zeichen. Gegenüber dem normal Verhältnis von 2 : 1 = L/R erhalten wir Verhältnisse, wie 1 : 3, 1 : 2,67, 1 : 2,34 und zweitens: die tatsächlich bestehende ziemlich häufige

Gewichtszunahme des R. Ventrikels ist im Durchschnitt doch so geringfügig, dass sie als wenig hervorstechendes Zeichen betrachtet werden kann. Sie kann von pulmonalen Einflüssen abhängen oder sie wird am ebesten erklärt durch eine Hypertrophie der gemeinsamen Kammerfasern im Sinne von Krehl.

Ich komme nun zu den Fällen von chron. Nephritis einschliesslich der sekundären Schrumpfniere. Sie sollen zunächst getrennt von den Fällen genuiner und arterioskl. Schrumpfniere betrachtet werden, einmal, weil ich an diesem Material sicher für den Ausschluss von komplizierender Arteriosklerose eintreten kann, zweitens, weil von vornherein an ein anderes Verhalten des Herzmuskels gedacht werden konnte. Ich habe zu diesem Zweck 13 Fälle unseres Materiales zusammengestellt und zum Vergleich 8 Fälle von Hirsch und 5 Fälle von Müller herangezogen im Ganzen sind das 26 Fälle.

In meinen Fällen ergab die Wägung des L. Ventrikels:

Tabelle II.

13 Fälle von subchron. Nephritis.

№	L. Ventr. vergl. l. Müller	Differenz.	R. Ventr. vergl. l. Müller	Differenz.
1	360 120,7	239,3	72 61,6	10,4
2	300 131,3	168,7	90 66,1	23,9
3	290 131,3	159,7	120 66,1	53,9
4	230 131,3	98,7	70 66,1	3,9
5	210 131,3	78,7	90 66,1	23,9
6	190 103,4	86,6	100 55,6	44,4
7	190 79,1	110,1	35 41,9	—6,9
8	180 103,4	76,6	80 55,6	24,4
9	180 97,4	82,6	65 56,5	8,5
10	155 120,7	34,3	88 61,6	26,4
11	140 120,7	19,3	80 61,6	18,4
12	130 103,4	26,6	60 55,6	4,4
13	100 79,9	20,1	40 41,9	1,9

Ein Blick auf die Zahlen zeigt uns, dass das Verhalten des R. Ventrikels bei der Nephritis ein anderes ist als bei der Arteriosklerose; dort eine ziemlich gleichmässige geringe Zunahme, hier brüskes Hinaufgehen der Gewichtsverhältnisse, aber nicht gleichmässig in allen Fällen. Unter 13 Fällen meines Materiales 11 mal eine Gewichtszunahme bis 53,9 Gramm im Höchstfälle und bei 13 Fällen des zum Vergleiche herangezogenen Materiales von Hirsch und Müller 10 mal eine Gewichtzunahme bis zu einem Höchstgewicht von 81,9 Gramm. Berechnet man den Durchschnitt der Zunahme des R. Ventrikels meiner 13 Fälle, so erhielt ich eine Zunahme von 17,9 Gramm, während der Durchschnitt des kombinierten Materiales von Müller-Hirsch 17,8 Gramm für den R. Ventrikel des Nephritikerherzens ergab; da der R. Ventrikel des erwachsenen Menschen durchschnittlich 50 Gramm wiegt, so ergiebt das eine durchschnittliche Zunahme von 35,8 resp. 35,6 pCt. Eine entsprechende Berechnung der Zunahme am R. Ventrikel des Arteriosklerotikers ergab an meinem Material 9,9 Gramm, beträgt also nur die Hälfte von dem des Nephritikers. Mag man nun in Bezug auf Berechnungen dieser Art an einem im ganzen doch nicht übertrieben grossen Material auch noch so skeptisch sich verhalten, die auffallende, erst in der II. Dezimalstelle abweichende, Uebereinstimmung beweist doch im Prinzip das gleichlautende Resultat.

Die III. Gruppe meines Materials repräsentieren abermals 13 Fälle, davon ich 6 Fälle zur genuinen, 7 zur arteriosklerotischen Form gezählt habe. Eine sichere Abgrenzung dieser beiden Formen ist anatomisch nicht möglich. Das ist das Facit jahrelanger Bemühungen, die ich sowohl in makroskopischer als auch in histologischer Betrachtungsweise unternahm; hier entscheidet der persönliche Eindruck, verbunden mit dem, was wir von klinischer Seite über den Verlauf erfahren können. Ich glaube, auf das Thema dieses Unterschiedes heute um so mehr verzichten zu können als das Resultat der Herzwägungen mir ebenfalls kein entscheidendes Differenzierungsmittel in die Hand gegeben hatte, gerade entgegengesetzt den Vermutungen, mit denen ich anfänglich an diese Untersuchung heranging, hatte ich doch gerade von ihr eine Hilfe in der Unterscheidung beider Formen erhofft.

Die Wägungen des L. Ventrikels ergaben:

Tabelle III.

13 Fälle genuiner und arteriosklerotischer Nephritis.

№	L. Ventr. vergl. l. Müller	Differenz.	R. Ventr. vergl. l. Müller	Differenz.
1	360 120,7	239,3	80 61,6	18,4
2	320 97,4	222,6	90 56,5	33,5
3	220 84,5	135,5	70 47,1	22,9
4	220 131,3	88,7	80 66,1	13,9
5	210 120,7	89,3	75 61,6	13,4
6	190 120,7	69,3	75 61,6	13,4
7	190 131,3	58,7	60 66,1	—6,1
8	180 79,7	100,3	55 41,9	13,1
9	160 92,7	67,3	85 49,7	35,3
10	155 92,7	62,3	55 49,7	5,3
11	150 120,7	29,3	60 61,6	—1,6
12	130 79,7	50,3	40 41,9	—1,9
13	125 92,7	32,3	50 49,7	0,3

Weitläufige Berechnungen können wir uns ersparen: das Verhältnis von R/L betrug = 1:2,98 und der Durchschnitt der Zunahme des R. Ventrikels 12,2 Gramm. 10 mal unter meinen 13 Fällen beteiligte sich auch der R. Ventrikel, aber doch nicht so intensiv wie in den Fällen von chron. diffuser Nephritis und der sekundären Schrumpfniere. Mit diesem Resultat stehe ich allerdings im Widerspruch mit den Angaben von Hirsch: er fand, je vorgeschrittener der Prozess ist, desto mehr überwiege die beiderseitige Hypertrophie, und meint damit das Ueberwiegen bei der Schrumpfniere. Dem kann ich mich nicht anschliessen: an meinem Material war das gerade umgekehrt. Ich meine aber, dass es nicht darauf ankommt, wie vorgeschritten der Schrumpfprozess ist, sondern wie schwer das spezifische Parenchym, das Harnkanälchen-Glomerulusepithel, geschädigt ist: darauf kommt es wohl an. Dass aber die schwere Schädigung der diffusen Nephritis zukommt, ist die allgemeine klinische Erfahrung; hier laufen die chemischen, physiologischen und histologischen Prozesse gewiss nicht paralell. Dafür spricht der verschiedene Verlauf und die verschiedene Dauer der beiden Formen.

Ich behandle die Gruppe der Schrumpfniere mit Absicht kurz, weil sie in der Theorie der Herzhypertrophie bei Nephritis mir nicht die Rolle zu spielen berufen scheint, wie das Material der Nephritis diffusa und namentlich das jugendlicher Individuen.

In dem Alter, in dem die Schrumpfniere auftritt, ist die Arteriosklerose schon so gewöhnlich, dass eine Kombination nur selten ausgeschlossen werden kann, ebenso wie es nur selten mit absoluter Gewissheit gelingt, die Arteriosklerose als Ursache auszuschliessen. Die Gesetze des pathologischen Geschehens lernen wir aber gewiss an den wirklich reinen Fällen besser und darum stelle ich das Studium der reinen Nephritis ohne Arteriosklerose obenan.

Die Zahl der chron. interstiellen Nephritiden hätte ich leicht vermehren können. Ich benutzte aber die Gelegenheit, möglichst solche Fälle zusammenzustellen, die nicht im letzten Stadium der Kompensationsstörung zu Grunde gingen: ich wollte damit den Einfluss auf den R. Ventr., der immerhin denkbar ist, möglichst ausschliessen. Unter meinen 13 Fällen sind 5 an Apoplexie einer an Encephalomalacie, 3 an croupöser Pneumonie und einer an Erstickung durch Speisebrei infolge eines Larynxpolypen gestorben. Das Material ist also ein wirklich reines.

Auch die noch ausstehenden Formen der Nierenschrumpfung werden wohl zunächst von einer entscheidenden Rolle in der Theorie der Herzhypertrophie zurücktreten haben. Immerhin sind sie, zumal die selteneren, des Aufhebens wert. In 4 Fällen dieser Art — es handelte sich um beiderseitig pyelonephritische Schrumpfniere, um eine beiderseitige Steinschrumpfniere, um beiderseitige angeborene Cystenniere und amyloide Schrumpfniere — fand sich eine Hypertrophie beider Ventrikel, wobei das Verhältniss R:L = 1:2,34 betrug, also auch fast dasselbe Verhältniss wie bei der entzündlichen, diffusen Nephritis und in der Tat scheinen diese Fälle der haematogenen Nephritis näher zu stehen als die genuine Schrumpfniere, deren nahe Beziehungen zur Arteriosklerose sich auch in dem hohen Ventrikelindex ausdrücken. Dieser betrug, um das noch einmal kurz zusammenzustellen an unserem Material

für 10 Fälle	von	Arteriosklerose	= 1:3,02
„ 13	„	„ Schrumpfniere	= 1:2,98
„ 13	„	„ diffuser Nephritis . . .	= 1:2,68
„ 4	„	„ nicht hämatogener Nierenveränderungen mit Untergang des Parenchyms, aber mit Ausschluss von Arteriosklerose	= 1:2,34

Die durchschnittliche Zunahme des R. Ventrikels etrug:

bei 10 Fällen von Arteriosklerose	9,9	Gramm.
„ 13 „ „ Schrumpfniere	12,2	„
„ 13 „ subakuter Nephritis	17,9	„

Fasse ich das Resultat meiner Untersuchungen nochmals kurz zusammen, so kann ich sagen:

1) Die Hypertrophie des L. Ventrikels ist bei der Arteriosklerose das hervorstechende Zeichen.

Eine Hypertrophie des R. Ventrikels tritt in reinen Fällen ganz zurück, in geringem Masse ist sie trotzdem vorhanden und dürfte am ehesten durch die Hypertrophie der gemeinsamen Kammermuskulatur sich erklären lassen.

2) Bei der Nephritis diffusa subacuta fällt in mindestens $50^0/_0$ der Fälle die starke Beteilung auch des R. Herzens an der allgemeinen Hypertrophie auf. Diese Zahl, die heute an einer grösseren Anzahl von Herzen durch Wägung gefunden ist, entspricht der von Bamberger schon früher auf dem Wege der Schätzung gewonnenen Zahl. Die Hypertrophie des R. Herzens besteht aber nicht in allen Fällen. Die Theorie der Herzhypertrophie bei Nephritis wird es also mit 2 Fragen zu tun haben, erstens zu beweisen, warum sie eintritt und zweitens warum sie auch ausbleiben kann.

3) Die Fälle von genuiner und arteriosklerot. Schrumpfniere stehen nach den Erfahrungen an unserem Material in Bezug auf herzhypertrophischen Effekt der Arteriosklerose näher als der diffusen Nephritis. Damit trete ich in einen bewussten Gegensatz zu den Angaben Hirschs.

Literatur:

Krehl. Patholog. Physiologie 1898. pag. 32 und ff.

Hasenfeld. Ueber Herzhypertrophie bei Arteriosklerose und Schrumpfniere. Dtsch Arch. für klin. Med. Band 59. 1897. pag. 193.

Hirsch. Ueber die Beziehungen zwischen dem Herzmuskel und sein Verhalten zur Herzhypertrophie. Archiv für kl. Med. B. 68, p. 55 und 320 ff.

Wilhelm Müller. Die Massenverhältnisse des menschl. Herzens 1883.

Bamberger. Volkm. Vorträge, 173. 1879.

Schabert. Zur Pathologie etc. der Endokarditis. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 41. 1905.

Zur Geschichte der Abwehrmassregeln gegen epidemische Krankheiten in Russland, mit einer Einleitung über die Bedeutung der Geschichte der Medizin.

Von

Fr. Dörbeck.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Aerzte des Deutschen Alexanderhospitals in St. Petersburg am 12. Mai 1908.

M. H. Wenn ich es unternehme, heute vor Ihnen über ein historisches Thema zu sprechen, so geschieht das eigentlich nicht aus meiner eigenen Initiative, sondern weil ich hierzu aufgefordert worden bin. Denn ich weiss, dass das Gebiet der Geschichte der Medizin den meisten praktischen Aerzten recht fern liegt und im

Allgemeinen sich keiner grossen Sympathie ihrerseits erfreut. Es erklärt sich dieses wohl dadurch, dass infolge der raschen und vielseitigen Entwickelung der medizinischen Wissenschaft der Arzt, der die Aufgabe hat, die Errungenschaften dieser Wissenschaft am Krankenbette praktisch zu verwerten, gezwungen ist, ständig die Fortschritte der Medizin zu verfolgen, um immer über das Neueste, was er zum Wohle des Kranken anwenden könnte, unterrichtet zu sein. Da es sich hierbei nicht nur um die Fortschritte der Therapie handelt, sondern auch um die neuesten Leistungen auf dem Gebiete derjenigen Disziplinen, die zur richtigen Erkenntnis des Wesens der Krankheit führen (wie Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, Bakteriologie und Diagnostik) und die daher die Basis einer rationellen Therapie bilden, so bedarf es aller Mühe seitens des praktischen Arztes, um hinter der rastlos fortschreitenden Wissenschaft nicht zurückzubleiben und den Anforderungen des Tages gerecht zu werden. Wo soll er da die Zeit hernehmen, sich mit der Geschichte der Medizin zu beschäftigen, -- das Vergangene zu studieren, — findet er doch kaum Zeit, das neue, das gegenwärtige, das ihm die täglich anwachsende medizinische Literatur bringt, in sich aufzunehmen.

Und doch bietet das Studium der Geschichte der Medizin kaum weniger Interesse und auch Vorteil als die Beschäftigung mit den Errungenschaften der neuesten Zeit.

„Es ist ein gross Ergötzen,
Sich in den Geist der Zeiten zu versetzen
Zu schauen, wie vor uns ein weiser Mann gedacht
Und wie wir's dann zuletzt so herrlich weit gebracht“,

heist es im „Faust“.

Bei dem Studium der Geschichte der Medizin erfahren wir eben, was weise Männer vor uns gedacht, und forschen wir genauer, so sehen wir, dass sie schon vor Jahrtausenden es viel weiter gebracht, als diejenigen glauben mögen, die die Geschichte der Wissenschaft nicht kennen. Viele von den Kenntnissen und Leistungen der Alten, die schon eine beträchtliche Höhe erreicht hatten, sind nur leider zum Teil in Vergessenheit geraten und mussten später wieder von neuem entdeckt werden.

Namentlich hat hierbei das Mittelalter, wo die Herrschaft der christlichen Kirche und des Dogmas auf allen Gebieten die höchste Potenz erreicht hatte, einen hemmenden und schädigenden Einfluss auf die Entwickelung der Medizin wie der Wissenschaft überhaupt und auch auf die der Kunst ausgeübt. Erst um die Zeit der Wiedergeburt der Wissenschaft und der Kunst, in der Periode der Rennaissance beginnt es sich auf dem Gebiet der Medizin wieder von neuem zu regen, an die Stelle der doctrinären Scholastik tritt nüchterne Beobachtung, und freie Forschung räumt allmählich mit den alten überlebten Glaubenssätzen auf. Und auch in der Medizin musste man da, wie in allen anderen Wissenschaften und in der Kunst, auf die Antike zurückgreifen, und da fand es sich, dass der Erkenntnisstand der Alten ein unvergleichlich höherer war als der im Banne der Kirche befindlichen mittelalterlichen Gelehrten.

So war den Alten z. B. die allgemeine Anaesthesie schon bekannt. Bei Pedanios Dioskurides, einem Zeitgenossen Neros, — von dem wir eine Handschrift über Materia medica besitzen, — und bei Plinius dem Aelteren finden sich Angaben darüber, dass bei blutigen Operationen, namentlich bei Amputationen, zur Erzielung einer allgemeinen Anaesthesie der Auszug verschiedener Pflanzen und namentlich der Mandragora innerlich gegeben wurde. Dioscurides erwähnt auch die Anwendung des Mandragoraaufgusses per clysma, und beide Schriftsteller berichten, dass auch die Einatmung der Dämpfe dieses Mittels eine narkotische Wirkung ausübt. Allmählich ging aber die Kenntnis dieses Verfahrens verloren, und bei allen den beinahe grausam zu nennenden Operationen, die im Mittelalter ausgeführt wurden, und bis auf die neuste Zeit, mussten die Kranken die Wohltat der Anaesthesie bei chirurgischen Eingriffen entbehren.

Der Verschluss der Gefässe durch Ligatur war den Alexandrinern, wie Celsus berichtet, wohl bekannt; namentlich wurde sie von Archigenes und Rufus bei Amputationen geübt, wobei Letzterer noch die Torsion der Gefässe anwandte. Im Mittelalter geriet dieses Verfahren allmälig in Vergessenheit, während Aetzmittel, Styptica und namentlich die rücksichtslose Anwendung des Glüheisens die Oberhand gewannen, und erst im 16. Jahrhundert kam die Ligatur durch Ambroise Paré wieder zu ihrem Recht.

Aehnlich ging es mit der Massage. In Griechenland und Rom war sie ein bekanntes und ein von den Aerzten gern und mit Erfolg angewandtes Heilmittel. Sie wurde von den ältesten Zeiten bis zum Untergange des römischen Reiches in verschiedenen Modifikationen geübt, und die Indikationen zu ihrer Anwendung waren zum Teil schon von Hippokrates präzisiert. Als das Christentum zur unumschränkten Herrschaft gelangte, wurde so ziemlich alles, was mit dem sogenannten Heidentum in Beziehung stand, nach Möglichkeit vernichtet, und so wurden auch die physikalischen Behandlungsmethoden, Massage, Gymnastik und Bäder aus der Mönchsmedizin verbannt und allmählich vergessen. Erst im XVI. Jahrhundert kam die Massage wieder in Gebrauch, und auch hier war es wieder Ambroise Paré, welcher ihre Anwendung befürwortete.

Auf dem Gebiete der Augenheilkunde ist es bekannt, dass Aristoteles die erste Grundlage für die Farbenlehre lieferte. Herophilus (307 v. Chr.) entdeckte die Retina, Galen beschrieb die 6 Augenmuskeln, die Tränenpunkte und die Tränengänge. Er leitete den Ursprung des Sehnerven vom Thalamos ab und lehrte, dass die Netzhaut den Lichteindruck empfinde. Das Wesen des grauen Stares war schon Aëtius (VI. Jahrh. nach Chr.) bekannt. Diese Kenntnis ging aber allmählich verloren und musste im Anfang des XVII. Jahrhunderts von Brisseau und Maître Jean von neuem entdeckt werden.

Ich denke, die Aufzählung dieser Tatsachen genügt, um zu zeigen, wie wichtig die Kenntnis dessen ist, was von früheren Forschern geleitet ist. Wäre die Kenntnis dieser und mancher anderen Tatsachen, die im Altertum von hervorragenden Aerzten festgestellt waren, im Mittelalter nicht verloren gegangen, wie viele Leiden wären der Menschheit erspart geblieben und um wie viel wäre der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft erleichtert und beschleunigt worden. Darin besteht eben der Vorteil der Kenntnis der Geschichte der Medizin, den ich vorhin andeutete, dass wir durch das Studium der Vergangenheit erfahren, was vor uns geleistet ist und was davon für die Gegenwart verwertet werden kann.

Ich habe hier so zusagen nur auf die positiven Errungenschaften der Alten auf dem Gebiete der Medizin hingewiesen, aber das Studium der Geschichte der Medizin lehrt uns ausserdem noch etwas anderes. Betrachten wir nämlich den Entwickelungsgang der Medizin im Laufe der Jahrtausende, so finden wir, dass nicht nur viele von den von der heutigen Wissenschaft anerkannten Anschauungen sondern auch solche Anschauungen, welche heute keine wissenschaftliche Berechtigung mehr besitzen, die aber in den Köpfen des Laienpublikums noch festsitzen, sich bis ins Altertum hinein verfolgen

lassen. An und für sich scheinen solche Anschauungen ganz unerklärlich und unmotiviert, betrachten wir sie aber im Lichte der historischen Forschung, so finden wir, dass sie dem einstigen Stande der Heilkunde entsprechen. Es würde uns zu weit führen, wollte ich, wenn ich so sagen darf, auf diese negative Seite der medizinischen Historiographie näher eingehen und die auf medizinischem Gebiet von Alters her noch herrschenden Irrtümer erörtern; ich habe die Absicht, diesen Gegenstand in einer speziellen Arbeit über die Tradition in der Medizin zu behandeln. Hier möchte ich nur noch einmal darauf hinweisen, dass alle menschlichen Ideen Erzeugnisse ihrer Zeit sind und durch den Grad der kulturellen Entwickelung eines Volkes bedingt sind, und ich will diesen Abschnitt meines Vortrags mit den Worten des Begründers der medizinischen Geschichtsforschung, mit den Worten Curt Sprengels schliessen, der in der Vorrede zu seinem 1828 erschienenen grundlegenden Werk «Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneykunde» sagt: «als einen Hauptvorzug der Geschichte muss man die Herleitung der Begebenheiten aus ihren Quellen betrachten, weil der denkende Geist nur so befriedigt wird und die Vernunft in der Mannigfaltigkeit Einheit finden kann».

Wir wenden uns jetzt der Betrachtung der Geschichte unserer Wissenschaft von einem andern Gesichtspunkte zu. Die Geschichte der Medizin ist ein Stück Kulturgeschichte, und wenn wir das Verhalten der Menschen gegenüber Krankheiten in verschiedenen Epochen ihres historischen Daseins betrachten, so gewinnen wir hiermit einen Einblick in den jeweiligen Stand ihrer Kultur. Hat diese erst eine gewisse Höhe erreicht, ist die materielle Wohlfahrt eines Volkes gesichert, so beginnen einzelne Auserlesene desselben sich mit den Vorgängen in der sie umgebenden Natur zu beschäftigen und auch die Vorgänge im menschlichen Körper zu erforschen. Der Ausgangspunkt hierzu wird wohl zu aller Anfang ein praktischer gewesen sein. Schäden, die der menschliche Körper im Kampfe mit den elementaren Naturgewalten, mit Krankheiten, mit wilden Tieren und mit Feinden erleidet, bedürfen der Ausbesserung. Der Mensch lernt allmählich Heilmittel gegen die einen finden, dem Auftreten anderer vorbeugen. Das ist Therapie und Prophylaxis in ihren Uranfängen. Allmählich erweitert sich der Kreis der Beobachtungen, die Summe der Erfahrungen wird grösser, und aus den Tatsachen, die wiederholt in derselben Weise sich ereignen, lassen sich verallgemeinernde Schlüsse ziehen. Diese Schlüsse bilden schon einen gewissen Besitzstand an positivem Wissen, der von einer Generation der anderen vererbt wird und auf dessen Basis das neue Geschlecht weiter baut. Hierbei mögen im Anfange immer nur die nächstliegenden praktischen Zwecke verfolgt worden sein, erst allmählich fingen diejenigen, die sich speziell mit der Behandlung der Kranken und Verwundeten beschäftigten, an, von dem zunächst vorliegenden Heilzwecke abzusehen, zu abstrahieren und den Bau des menschlichen oder tierischen Körpers und dessen Verrichtungen einer Betrachtung zu unterziehen. Die Therapie bildete nun nicht mehr allein die Beschäftigung der Heilkünstler oder Priester, es entwickelten sich allmählich Anatomie, Physiologie und Pathologie. Die Tatsache, dass die Therapie den Ausgangspunkt bildet für die Entwickelung der Heilkunde, lässt sich beim Studium der Anfänge der Medizin bei allen Naturvölkern feststellen. Wenn aber Puschmann [1]) sagt: «diese Tatsache widerspricht der Kathederweisheit unserer Schulen, wonach Anatomie, Physiologie und Pathologie unerlässliche Vorbedingungen einer rationellen Therapie sind», so ist er im Irrtum. Hier ist durchaus kein Widerspruch vorhanden. Die Grundlagen einer rationellen Therapie werden immer die genannten Wissenschaften bleiben. Die Therapie war allerdings vor der Anatomie und Physiologie da, aber ob sie rationell war, das ist eine andere Frage. Man könnte sogar hinzufügen, dass die Therapie auch heute noch in allen denjenigen Fällen, wo sie der anatomisch-physiologischen Grundlage entbehrt, nicht rationell genannt werden kann. Wir sehen auf einem anderen Gebiet etwas ähnliches. Auch die Mathematik ist später entstanden als die Mechanik, aber trotzdem bildet heutzutage die Mathematik die Grundlage der Mechanik. Der Entwickelungsgang der menschlichen Ideen war in beiden Fällen auf dem Wege der Induktion vor sich gegangen. Nachdem aber das Wissen eine gewisse Höhe erreicht hat, beginnt die Deduktion.

Die weitere Entwickelung der Medizin Schritt für Schritt zu verfolgen, wäre eine zu grosse Aufgabe für einen Vortrag, denn wir müssten dann die historische Gestaltung der einzelnen medizinischen Disziplinen im Laufe der 2—3 Jahrtausende, d. h. so weit überhaupt die Geschichtsforschung reicht, einer systematischen Besprechung unterziehen. Wir wollen hier nur ein engeres Gebiet, nämlich die Geschichte der epidemischen Krankheiten und zwar speziell in Russland, und die hier gegen sie angewandten Massregeln betrachten.

Kein Gebiet der Medizin ist so dazu geeignet, das Kulturniveau eines Volkes zu charakterisieren wie die Geschichte der Epidemieen.

Wenn schon die Erkrankung des einzelnen Menschen, für die doch unter Umständen eine Ursache nachweisbar war, dem Naturmenschen geheimnisvoll erschien und häufig als göttliche Fügung aufgefasst wurde, so war einer derartigen Anschauungsweise beim Auftreten von Epidemieen unter Naturvölkern noch mehr Boden gegeben. Denn wie sollte man es sich erklären, dass eine grosse Menge Menschen gleichzeitig oder bald nach einander unter demselben Erscheinungen erkrankten und meist auch zu Grunde gingen, wenn man nicht annahm, dass die Ursache der Erkrankung bei allen dieselbe war. Und da man die natürliche, tatsächliche Ursache der Seuche unmöglich finden konnte, so verlegte man sie ausserhalb der Natur — ein Denkvorgang im menschlichen Gehirn, wie er bei allen Völkern und zu allen Zeiten in auffallender Uebereinstimmung zu finden ist. Die Götter, die Dämonen, wurden für die Entstehung der Seuchen verantwortlich gemacht. Die verheerende Krankheit war von den Göttern den Menschen entweder als Strafe für ihre Sünden gesandt, oder es war die Rache der Gottheit für eine ihr zugefügte Beleidigung oder die Krankheit war durch den Neid der Himmlischen hervorgerufen. «In seinen Göttern malt sich der Mensch», sagt Schiller. Kein Wunder, dass er seinen eigenen Gebilden menschliche Regungen und Schwächen zuschreibt. Da gegen die Seuchen keines von den sonst üblichen Heilmitteln half, so wandte sich der Mensch an die vermeintlichen Urheber dieser Krankheiten selbst und suchte durch Gebete, Opfer und Geschenke ihren Zorn zu beschwichtigen. Wir finden ein solches Verhalten mit geringen Abweichungen bei den alttestamentlichen Juden und bei den Griechen zu Homers Zeiten, bei den Naturvölkern Afrikas und Amerikas. Und wenn auch die aufgeklärten Hellenen später den Glauben an den übernatürlichen Ursprung der Seuchen aufgaben und keine Hekatomben den vermeintlichen Urhebern derselben darbrachten, und wenn sie auch mangels einer anderen Erklärung die Epidemieen mit kosmischen und sellurischen Vorgängen in Zusammenhang zu bringen tuchten, so hielt sich doch die Anschauung von der übernatürlichen Entstehung der Seuchen selbst bei den

[1]) Handbuch der Gesch. der Medizin von Puschmann, Neuburger und Pagel. Jena. 1902. Bd. I, Einleitung, v. Puschmann, S. 9.

Völkern Europas durch das ganze Mittelalter und hält sich zum Teil bis auf die neuste Zeit, und deswegen blieben auch die aussergewöhnlichen Mittel zu ihrer Abwehr lange in Anwendung. Kirchliche Prozessionen, allgemeines Fasten, Bussen und Kasteiungen, Geisslerfahrten, Kreuzzüge u. dgl. wurden in allen Ländern Europas bei Ausbruch von Seuchen angewandt und sind z. T. noch jetzt in Gebrauch. Halfen diese Mittel nicht, «so blieben die Prister», auf deren Rat sie angewandt waren, «von jedem Vorwurf frei», [2]) denn wenn die Seuche trotz dieser Mittel nicht weichen wollte, so war es eben der allmächtige Wille der Gottheit, der sich durch nichts ändern liess, fiel aber zufällig das Nachlassen der Epidemie mit der Vornahme verschiedener mystischer Prozeduren zusammen, so triumphierten die Priester und die Suggestion der grossen Masse wurde noch verstärkt.

Aber trotz der fast unumschränkten Herrschaft der Kirche drang allmälig schon im Mittelalter der Gedanke durch, der den Epidemien eine natürliche Entstehung zuwies. Die Tatsache, dass bei einer Epidemie Menschen, die mit Kranken in Berührung kamen, auch erkrankten, führte unwillkürlich zu der Annahme einer Uebertragbarkeit der Krankheit von Mensch zu Mensch; die Idee der Ansteckung, der Contagiosität fasste Boden und war nicht mehr aus der Welt zu schaffen. Hatte diese Idee einmal Wurzel gefasst, hatte man eingesehen, dass der menschliche Verkehr an der Verbreitung der Seuchen schuld war, so lag es nahe, ihrer Weiterverbreitung dadurch entgegenzuwirken, dass man den Verkehr einschränkte. Und so sehen wir denn auch, dass im Jahre 1348, als die Pest — oder wie die Epidemie damals genannt wurde, der schwarze Tod — fast ganz Europa überzog, in Italien, dem kultiviertesten der Länder jener Zeit Absperrmassregeln eingeführt wurden.

Wenn wir die Geschichte der epidemischen Krankheiten in Russland studieren wollen, so giebt er hierfür bis zum Anfang des XVIII Jahrhunderts eigentlich nur eine Quelle — nämlich die Chroniken — Ljétopissi d. s. handschriftliche Urkunden, von denen die ältesten aus dem XI. Jahrhundert stammen, und die seit dem Jahre 1846 von einer speziellen Archäographischen Kommission kritisch herausgegeben werden. Hierzu kommen noch die „Historischen Akten“ — Akty istoritscheskije — und die Ergänzungen dazu — Dopolnenija k aktam istoritscheskim — aus dem XVII. Jahrhundert, von derselben Kommission herausgegeben.

Die erstere sichere Angabe über eine Epidemie in Russland finden wir in den Chroniken im Jahre 1092 angegeben, aber weder bei dieser noch bei den folgenden Epidemien, die Russland äusserst häufig heimsuchten, lässt sich sagen, welcher Art die Krankheit war. Erst bei der Beschreibung der Pest in Russland im Jahre 1352 werden die Kardinalsymptome dieser Krankheit — Husten mit blutigem Auswurf und Bubonen — angegeben, und so oft wir später in den Chroniken die Angabe finden, dass die Epidemie unter diesen Symptomen auftrat, sind wir meiner Meinung nach berechtigt, von der Pest zu reden. Die Natur der anderen Epidemien, bei deren Schilderung nichts von den Krankheitssymptomen verlautet, entzieht sich jeder klinischen Bestimmung. Ich will Sie hier, m. H., nicht mit der Aufzählung aller dieser Epidemien, die ich schon an anderer Stelle behandelt habe [3]), ermüden. Wir wollen hier nur von den Abwehrmassregeln reden.

[2]) Puschmann am angef. Ort. S. 4. Vergl. auch Bartels. ebenda, S. 10—19.

[3]) Geschichte der Pestepidemien in Russland. Breslau. 1906. Kerns Verlag.

Während der ersten Jahrhunderte des Bestehens des russischen Staates (dessen Gründung bekanntlich im Jahre 862 erfolgt sein soll), wurden in Russland ebenso wie anderen Ländern, gar keine Massregeln zur Abwehr oder Einschränkung der so häufigen Seuchen ergriffen. Das Volk betrachtete die Epidemien ebenso wie die elementaren Naturereignisse als eine Strafe Gottes für die Sünden, gegen welche nichts zu machen war. Ja wir finden sogar die Meinung, dass es frevelhaft sei, gegen dieses göttliche Strafgericht sich aufzulehnen, anstatt es geduldig über sich ergehen zu lassen [4]). Als die Pest im Jahre 1352 in Pleskau ausbrach, schickten die Einwohner dieser Stadt Boten nach Nowgorod zu dem dortigen Bischof, indem sie ihn baten, nach Pleskau zu kommen und die Stadt zu segnen. Der Bischof kam auch mit seinem Gefolge und veranstaltete eine kirchliche Prozession um die Stadt. Auf der Rückkehr nach Nowgorod erkrankte er und starb. Bald darauf brach die Pest in Nowgorod aus. Auch später geschah es bisweilen, dass die Pleskauer den nowgorodschen Bischof während der Pest beriefen, und auch sonst waren kirchliche Prozessionen, Gebete und Fasten das Einzige, womit man der Seuche Einhalt zu tun suchte. Eine eigentümliche Prozedur findet sich in dieser Hinsicht in den russischen Chroniken angegeben, die, so viel ich weiss, in anderen Ländern nicht geübt wurde. Sowohl in Pskow wie in Nowgorod und auch in anderen Gegenden Russlands wurde häufig beim Ausbruch einer Seuche als Abwehrmassregel der Bau einer Kirche unternommen und zwar wurde ein solcher Bau in einem Tage ausgeführt. Wie das Volk es zu Stande brachte, an einem Tage eine Kirche zu erbauen, ist schwer zu sagen; vermutlich handelte es sich um primitive Bauten, eine Art Blockhäuser, wie die russische Isbá. Jedenfalls heisst es in den Chroniken oft: „i postróili zérkow wo jedin denj i prestá mor“, d. h. „sie erbauten eine Kirche an einem Tage und das Sterben hörte auf“. Wahrscheinlich galt gerade die Geschwindigkeit der Ausführung des frommen Werkes als besonders Gottwohlgefällig.

Die ersten Angaben über die Anwendung von Abwehrmassregeln gegen eine Seuche in Russland finden sich im Jahre 1521. Als in diesem Jahre in Pskow eine Seuche ausbrach, deren Natur sich nicht bestimmen lässt, die aber mit grosser Sterblichkeit einherging, da befahl der Fürst von Pskow, die Strasse, wo die ersten Erkrankungen stattgefunden hatten, zu sperren und verliess selbst die verseuchte Stadt. Es ist dies auch das erste Mal, dass auf dem Ort der Entstehung der ersten Krankheitsfälle hingewiesen und die Möglichkeit der Verhinderung der Ausbreitung der Krankheit berücksichtigt wird. Freilich wurde auch dieses Mal, als die Sperre nicht half, eine Kirche erbaut. Die oben angeführte Stelle in den Chroniken scheint aber darauf hinzudeuten, dass noch andere Massnahmen zur Einschränkung der Krankheit ergriffen wurden: die Toten mussten ausserhalb der Stadt beerdigt werden, die ausgestorbenen Häuser wurden gesperrt, den Pfaffen wurde der Besuch der gefährlichen Kranken verboten. Diese Massregeln erklärt eben der Mönch für frevelhaft, als eine Auflehnung gegen den Willen Gottes.

Als im Jahre 1552 in Pskow die Pest ausbrach, wurden in Nowgorod recht rigorose Massregeln gegen die Einschleppung der Krankheit ergriffen. Die Pleskausche Strasse wurde durch Verhaue gesperrt, und den Pleskauern war es verboten, nach Nowgorod zu kommen, ja sogar die Pleskauer Kaufleute, die früher dahin gekommen waren, wurden ausgewiesen, wobei ihnen gedroht wurde, dass im Falle der Weigerung,

[4]) Dopolnenija k Aktam istoritscheskim. Bd. I. Nr. 23.

sie mit ihren Waaren auf dem Scheiterhaufen verbrannt werden würden, während den Hauswirten, die sie beherbergten, körperliche Züchtigung drohte. Jedoch wurden wahrscheinlich diese Massregeln zu spät ergriffen, die Pest war wahrscheinlich von den Pleskauern Kaufleuten schon nach Nowgorod eingeschleppt worden, und es entwickelte sich hier sehr bald eine schwere Epidemie, die auch in den beiden folgenden Jahren fortdauerte.

Bei der Schilderung der folgenden Epidemien verlautet in den Chroniken wieder nichts von Schutzmassregeln dagegen. Als im Jahre 1566 in Polozk eine Seuche ausbrach, deren Symptome uns unbekannt sind und die später die Städte Toropez, Welikije Luki, Smolensk, Pskow und Staraja Russa ergriff und bis Moshaisk gelangte, befahl Johann IV. (der Grausame), hier eine Sperre einzurichten und Niemand aus den verseuchten Städten nach Moskau zu lassen. Und als im folgenden Jahre während des Krieges mit Polen wegen Livland, das russische Heer in Livland eindrang, stellten die russischen Heerführer die Feindseligkeiten ein, sobald sie erfuhren, dass in diesem unglücklichen Lande eine verheerende Seuche herrschte.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

L. Jankau: Taschenbuch für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. I. Teil. Leipzig. Verlag von Max Gelsdorf. 1907. 323 + XVI S. (Taschenbuchformat).

Wie Verf. in dem Vorwort sagt, wollte er «mit eingehender Berücksichtigung der massgebenden Erfahrungen von bedeutenden Klinikern und Praktikern alles zusammentragen was für die wissenschaftliche wie vor allem praktische Tätigkeit zur raschen Orientierung von Bedeutung ist». So ist denn auch das vorliegende Bändchen eine Sammlung von Auszügen aus den Werken hervorragender Autoren auf dem Gebiet der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Der reiche Stoff ist in knapper Fassung übersichtlich gruppiert und in 7 Abschnitten untergebracht. Der erste Abschnitt enthält die wichtigsten Daten aus der Anatomie, der 2. — aus der Physiologie. Im 3. Abschnitt sind die Untersuchungsmethoden recht ausführlich, wenn auch kurz dargestellt. Dann folgen: 4. — Allgemeine Ernährungsphysiologie und -therapie, 5. — Klinisches, 6. — Therapie, 7. — Statistisches und schliesslich «Nachträge». Versehentlich ist der Abschnitt «Statistisches» als VIII. bezeichnet. — Obwohl im Titel nicht angeführt, werden auch Nierenerkrankungen und deren Therapie im Buch behandelt. Ueberall wird dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft Rechnung getragen, wodurch es sich wohl nicht vermeiden liess, dass mitunter auch einander widersprechende Ansichten nebeneinander zu stehen kommen, wie z. B. die Kostordnung für Gichtkranke nach Pfeiffer und Minkowski (S. 236—237 — nicht 235—236, wie es im Inhaltsverzeichnis heisst), wo der eine das verbietet, was der andere erlaubt, wie es ja auch kaum anders sein kann, solange die Ansichten über die Ursache, die Entstehung und das Wesen der Gicht noch nicht geklärt sind. Verf. hat die Absicht, in einem zweiten Teil die theoretischen und praktischen Momente aus der gesamten physikalischen Therapie und Balneologie zu bringen. Wir wünschen ihm Erfolg bei diesem Unternehmen und recht viele Freunde seinem Buch, das sich namentlich für Studierende als Repetitorium und für manchen vielbeschäftigten praktischen Arzt als willkommenes Orientierungsmittel in dem umfangreichen Gebiet eignet.

Fr. Dörbeck.

Weil. Dr. O. Roth: Klinische Terminologie. Siebente neubearbeitete Auflage. Leipzig. Verlag von G. Thieme. 1908. 673 + XXXII S.

Das bekannte Roth'sche Buch, das sich von jeher einer allgemeinen Beliebtheit erfreut und manchem Arzt von der Studentenzeit an sich häufig als erprobter und zuverlässiger Führer in Momenten erwiesen hat, wo irgendwelche Zweifel inbezug auf Anwendung eines terminus medicus auftauchten oder das Bedürfnis nach etymologischer Aufklärung einen ankam, ist soeben in neuer Bearbeitung erschienen. Seit seinem ersten Erscheinen sind 30 Jahre verflossen. Die rastlose Entwickelung der medizinischen Disziplinen in den letzten Dezennien hat auch eine Fülle neuer Ausdrücke gebracht, die der Generation der Aerzte, für die die erste Auflage geschrieben war, nicht immer ganz geläufig sein dürften, wofern sie nicht in beständigem Kontakt mit den Ergebnissen der medizinischen Forschung waren. Ein derartiges Buch verlangt seiner Natur nach beständige Durchsicht, Ergänzung und Umarbeitung. Diesem Bedürfnis ist die Verlagsbuchhandlung auch nachgekommen, indem sie ungefähr alle 5—6 Jahre eine neue Auflage, entsprechend dem derzeitigen Stande der Wissenschaft, erscheinen liess. Die neue Auflage ist ebenso wie die sechste von Prof. Hermann Vierordt in Tübingen bearbeitet worden, der aber seinen Namen nicht auf das Titelblatt gesetzt hat, welches nach wie vor in pietätvoller Weise den Namen des Schöpfers des Werkes trägt. Während die erste Auflage nur 353 Seiten zählte, beläuft sich die Seitenzahl der siebenten auf 673, wozu noch 20 Seiten einer «Sprachlichen Einführung», die von Prof. Dr. phil. H. Zimmerer verfasst ist, kommen. Hieraus ist zu ersehen, wie viele Ergänzungen der Fortschritt der Wissenschaft nötig gemacht hat. Dabei ist aber vieles veraltete in Wegfall gekommen. Sehr viele Artikel sind ganz neu bearbeitet — entsprechend moderner Auffassung oder Auslegung. Mit einem Wort, zu dem vielen alten Guten, ist viel Neues, das nicht weniger gut ist, hinzugekommen. Wir wünschen dem gediegenen Werk, das ein Muster deutschen Fleisses und deutscher Genauigkeit ist, in der neuen Auflage ebensoviel Freunde, wie es früher gehabt, wobei wir noch darauf hinweisen, dass der gute sorgfältige Druck und die hübsche Ausstattung des Buches seinen Wert erhöhen.

Fr. Dörbeck.

Prof. J. Glax (Abbazia): Balneotherapie. Physikalische Therapie in Einzeldarstellungen, herausgegeben von Dr. J. Marcuse und Doz. Dr. Strasser, 8. Heft. Stuttgart, Verl. v. Ferd. Enke. Gr. 8. 98 S. Preis 2 M. 40 Pf.

Der durch sein grosses Lehrbuch der Balneotherapie (in 2 Bänden) und eine Reihe anderer Arbeiten auf diesem Gebiet bestens bekannte Verfasser behandelt in der vorliegenden Schrift in gedrängter Kürze die Balneotherapie im engeren Sinne, d. h. die Lehre von der methodischen inneren und äusseren Anwendung der Mineralquellen zu Heilzwecken. Das Buch zerfällt in zwei Abschnitte, von denen der erste die physiologische Wirkung der Mineralquellen bei innerer Anwendung (Brunnenkuren) und ihre physiologische Wirkung bei äusserer Anwendung (Badekuren) schildert. Im 2. Abschnitte werden dann die therapeutische Verwertung der einzelnen Mineralquellen, ihre chemische Zusammensetzung und ihre Indikationen bei verschiedenen Krankheiten besprochen. Die beiden letzten Kapitel dieses Abschnittes sind der Beschreibung der Wirkung und Verwendung der Seebäder sowie der Moor- und Schlammbäder gewidmet. Im Anhange ist schliesslich noch auf 8 Seiten ein recht ausführliches Literaturverzeichnis beigefügt.

Trotz der gedrängten Kürze oder vielmehr gerade wegen dieser eignet sich die vorliegende Schrift sehr gut zur schnellen und ausreichenden Orientierung in balneotherapeutischen Fragen für den beschäftigten praktischen Arzt. Sie ist aber auch wertvoll durch die eingestreuten höchst beachtenswerten Ratschläge und Fingerzeige des auf diesem Gebiet erfahrenen Verfassers. So macht er, um hier nur ein Beispiel anzuführen, bei der Besprechung der einfachen Säuerlinge darauf aufmerksam, dass die blutdrucksteigernde Wirkung der Kohlensäure es fraglich erscheinen lässt, ob es gerechtfertigt ist, Säuerlinge oder Sodawasser in so ausgedehntem Masse als diätetisches Getränk zu verwenden, wie das tatsächlich der Fall ist. Der übermässige Genuss kohlensauren Wassers kann bei manchen Individuen Herzklopfen, Arrhythmie, Kongestionen, Blutungen, Schwindel hervorrufen und deshalb bedürfe die Empfehlung der Säuerlinge als diätetisches Getränk einer gewissen Einschränkung. Auch bei Atonie des Magens oder Gastrektasie solle man sich hüten, kohlensäurehaltige Wässer trinken zu lassen. Ebenso müsse er nach seinen Untersuchungen über die Wasserretention im Fieber davor warnen, fiebernden Kranken grössere Mengen kohlensauren Wassers zuzuführen.

Bernhoff.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 2. Februar 1908.

Anwesend 45 Mitglieder, als Gäste die Dr. Dr. Jankowsky, Pinker, Vogel, Brennsohn, Michelson, Mende, Maximowitsch, Girgensohn und Diepner.

Punkt I. Dr. Pinker (als Gast): Ueber Bauchschuss.

M. H. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine Schussverletzung des Zwerchfells, des Magens, beider Lungen und des Herzbeutels.

Pat. ist den 24. November 1907 abends durch 3 Revolverschüsse aus der Nähe verwundet und ca. $2^1/_2$—3 Stunden später operiert worden. Der Allgemeinzustand entsprach bei der Einlieferung einer schweren Verletzung: starke Blässe, erschwerte Atmung, mässige starke Druckempfindlichkeit und exquisite Spannung der Bauchdecken.

Drei Einschussöffnungen: 1. Die rechte Thoraxhälfte in der Höhe des 3. Rippen knorpels in d. l. parastern. durchschossen. Kugel entsprechend hinten unter der Haut palpabel.

2. Auf der linken Thoraxseite aussen neben d. lin. mam. im 4. und 5. Intersostalraum je eine Schussöffnung. Hinten auf der linken Thoraxseite 2 Projektile unter der Haut palpabel.

Die Operation wurde ohne Narkose unter Morph. 0,02 subc. ausgeführt, wobei Pat. so gut wie keine Schmerzen äusserte. Rechte Seitenlage über eine kleine Rolle. Resektion der 6. Rippe. Die Wunde klafft weit und gewährt einen guten Einblick. Im Pleuraraum kein Blut; Verletzung der Lunge nicht zu sehen.

1. Herzbeutel durchschossen, links vom Herzen. Eine Verletzung des letztern nicht festzustellen. Kein Erguss im Pericard. Naht (Seide) der kleinen Oeffnungen.

2. Zwerchfell durchschossen. Ein- und Ausschuss ca. $2^1/_2$ cm. von einander entfernt. Spalten des Zwerchfells in radiärer Richtung und Hervorziehen des Magens.

3. Magen entsprechend der Facies diaphragmatica durchschossen. Entfernung des Ein- und Ausschusses wie im Zwerchfell. Schluss der Löcher durch fortlaufende Seidennaht in 2 Etagen. Tampon in den Winkel zwischen Leber, Zwerchfell und Magen. Bis auf die Tamponstelle wird der Schlitz im Diaphragma vernäht.

Nachbehandlung: Von seiten des Abdomens von Anfang an keine Erscheinungen: am 2. Tage Flatus, am 4. Stuhl. Tampon am 6. Tage entfernt, nicht erneuert, Bauchhöhle abgeschlossen. Ausgiebige Nekrosen in der Pleurahöhle. Dauernd Fieber. Den 18. Dezember wird eine Retention im hintern Teile der Pleura gefunden. Von da ab T° normal. Pat. steht auf. Die Verletzung der rechten Lunge verlief ohne Komplikationen. Gegenwärtig besteht noch ein breiter Gang in der linken Pleura, doch scheint die Lunge unter gymnastischen Uebungen sich immer mehr auszudehnen, und wird der Defekt hoffentlich noch vollkommen ausgeglichen werden. Es war meine Absicht, noch einen Pat. mit einem Bauchschuss vorzustellen. Jedoch ist derselbe bereits verreist. Es sei daher nur die Bemerkung gestattet, dass es sich um eine multiple Verletzung der obern Dünndarmschlinge und des zugehörigen Mesenteriums handelte. Heilung durch Resektion von 48 cm. Dünndarm. Ziemlich glatter Verlauf, abgesehen von wiederholt auftretenden Diarrhoen.

Punkt II. Dr. E. Schwarz: Ueber Atoxylamblyopie.

(Vorläufige Mitteilung wird im Druck erscheinen).

Punkt III. Dr. Schabert: Ueber die Pathologie der Herzklappenfehler (erscheint im Deutschen Archiv).

Dr. Hampeln spricht seine Freude darüber aus, dass es Dr. Schabert anscheinend gelungen ist, ein Verfahren zu ersinnen, dass die anatomisch-experimentelle Entscheidung der Frage, ob während des Lebens eine Insufficienz bestanden hat oder nicht, gestattet. Gegenüber den vielen zweifelhaften Fällen von Mitralinsufficienz würde das natürlich einen grossen Gewinn und Fortschritt bedeuten, ebenso bei Entscheidung der Frage, ob reine Stenose oder Stenose und Insufficienz vorgelegen hat. Nur in Bezug auf einen Punkt möchte H. eine abweichende Anschauung äussern und vertreten. Dr. Sch. meint, dass bei dem häufigen Uebergange zwischen Mitralinsuff. und -stenose die Frage nach der Häufigkeit und Prognose der einen und anderen Form eine müssige und die Antwort dem entsprechend ohne praktische Bedeutung sei. Nach H.'s Ansicht liegt die Sache ganz anders und hatte sowohl die Frage als Antwort volle Berechtigung, und grosse Bedeutung. Man nimmt wohl mit Recht an, dass das Primäre immer eine Insuff. ist und aus dieser erst die Stenose entsteht, dieser Vorgang spielt sich aber in verhältnismässig kurzer Zeit nach einsetzender retrahierender Endocarditis ab. In dieser Zeit entscheidet es sich, etwa in Jahr und Tag, ob eine dauernde Insuff., Stenose und Insuff., oder reine Stenose nachbleibt. Trotz der hier sehr verbreiteten rheumat. Endocarditis und der grossen Zahl von ihm beobachteter Fälle erinnere er sich keines einzigen Falles, in dem von ihm der Uebergang einer Insuff. in eine Stenose selber gesehen worden wäre. Auch von anderer Seite ist ihm darüber nichts bekannt geworden. Es scheine sich also doch so zu verhalten, dass man es in Praxi, nach abgelaufenem endocarditischem Stadium mit fertiger und unveränderlicher Insuff. oder Stenose oder der Combination beider zu tun habe. Dass erst im Alter eine Stenose sich aus einer Insuff. jugendlicher Jahre entwickle, sei ihm wenigstens nicht vorgekommen. So sollte man denn doch diese Mitralfehlerformen auseinanderhalten, auch in Bezug auf Häufigkeit und Prognose. Was die Häufigkeit anbetrifft, so muss er sagen, dass ihm das häufigere Vorkommen der reinen Mitralstenose auf die er aus dem präsystol. Geräusch und dem verstärkten paukenden ersten Ventrikelton und dem verstärkten II. Pulmonalton schliesst, aufgefallen ist. Prognostisch liegen diese Fälle nicht ungünstig. Viele erfreuen sich ungestörten Wohbefindens, ertragen mässige Arbeit, die Frauen überwinden Geburt und Wochenbett oft auffallend leicht. Diagnostisch erscheine ihm der I. verstärkte, paukende Ventrikelton neben dem II. verstärkten Pulmonalton von grosser Bedeutung, da Geräusche völlig fehlen können und dennoch eine Stellung der Diagnose möglich ist, falls sich keine andere Erklärung für die Verstärkung des I. Ventrikeltones findet. Ihm wenigstens seien Fälle dieser Art vorgekommen (mit Sektionsbefund). Mit der neuen Untersuchungsmethode und deren Begründung, wie sie von Dr. Sch. ausgeführt ist, stimme er vollkommen überein.

Dr. Krannhals: Klinisch werde wohl weit öfter eine Insuff. und Stenose angenommen als sich anatomisch nachweisen liesse, ein Geräusch an der Mitralis brauche noch nicht zur Diagnose eines Klappenfehlers verwendet zu werden, wie es allerdings sehr häufig mit Unrecht geschehe; es könne nur ungenügende Schlussfähigkeit der Klappe daraus entnommen werden. Eine andere interessante Frage schliesse sich hieran an, von wann nämlich überhaupt ein Herzfehler als Fehler zu betrachten sei, doch gehört diese Frage nicht zum Thema des heutigen Abends:

Dr Schabert ist es angenehm, zu hören, dass Dr. H, die Häufigkeit der Stenose betont hat, dieselbe werde von vielen, z. B. Vierort als Seltenheit bezeichnet. Im Allgemeinen werde auch d. Prognose als schlechter hingestellt als es der Fall ist, er freue sich, dass H. sich dem Ueberlieferten widersetzt und sich auf seine eigene Erfahrung beruft. Eine gut compens. Stenose werde sowohl in der Jugend als auch im Alter gut vertragen, und es bleiben meist Kompensationsstörungen über viele Jahr aus.

Erwähnen möchte er noch, dass je akustischer und lauter oft die Geräusche an den Klappen, desto besser eventuell ihr Schluss sein könne.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 1. November 1907.

Präses: Zoepffel. Sekretär: Brehm.

1. Brehm demonstriert einen Kranken, bei dem ein perityphlitisches Exsudat abnorm lokalisiert war, nämlich im linken Hypochondrium. Es wurde unter Lokalanästhesie ein grosser, stinkender Eiterherd eröffnet, der sich zwischen Dünndarmschlingen abgekapselt hatte, der Wurmfortsatz war nicht zu finden. Als in der Rekonvaleszenz der anfängliche Meteorismus schwand, liess sich sehr deutlich in der Ileocoecalgegend ein druckempfindlicher Strang palpieren, der nach links oben hin gelagert war und wohl als die Appendix zu deuten ist. Der Strang ist auch oben noch zu fühlen.

(Autoreferat).

Diskussion:

Schmähmann teilt mit, dass er den in Rede stehenden Fall zuerst behandelt habe, er habe einen harten Tumor in den Bauchdecken des linken Hypochondriums gefühlt und denselben als Aktinomykose angesprochen. Er fragt, ob der Eiter mikroskopisch, resp. bakteriologisch untersucht worden sei, wenn nicht, so sei die Diagnose auf Appendizitis nicht

sichergestellt, um so mehr als Aktinomykose hier in Libau nicht so selten sei. Der Gestank des Eiters weise allerdings mehr auf Appendizitis hin.

Brehm erwidert, dass der Gestank nicht für Perityphlitis charakteristisch sei, die echte Aktinomykose produziere zwar geruchlosen Eiter, nicht aber die sogenannte Pseudoaktinomykose von Sawtschenko, die mephitisch stinkenden Eiter bildet. Die Diagnose auf Appendizitis gründe er hier vielmehr darauf, dass der Wurm hier an nahezu normaler Stelle pathologisch unverändert palpiert werden konnte. Die abnorme Lage des Abszesses spreche weit eher für Appendizitis wie für Aktinomykose, letztere sei gerade viel strenger auf die Ileocoecalgegend beschränkt wie das perityphlitische Exsudat, welches eigentlich überall im Bauchraum vorkommen könne. Auch der in diesem Falle so glatte günstige Verlauf spreche gegen Aktinomykose, die verfahrungsgemäss eine sehr üble Prognose habe.

Siebert behandelte vor Jahren einen Fall als Appendizitis und schickte ihn zur Intervalloperation zu Dr. v. Bergmann nach Riga, bei der Operation habe sich Aktinomykose herausgestellt, der Fall sei geheilt worden.

Brehm giebt zu, dass die Diagnose nicht absolut sicher sei, indessen wolle er sie in anderer Richtung offen lassen, es lasse sich hier nämlich an eine Pankreaseiterung denken. Pankreaseiterungen kämen sogar im linken Hypogastrium zum Vorschein. Die Diagnose wurde nach dieser Richtung hin auch offen gelassen, bis der palpable Wurmfortsatz jeden Zweifel zu heben schien.

2. Ischreyt hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber histologische Technik». Nachdem er in der Einleitung auf die grosse Bedeutung der Zellenlehre (Schleiden, Schwann, Virchow) hingewiesen hatte, wandte er sich der Darstellung der wichtigen technischen Manipulationen zu, ohne indessen viel auf Einzelheiten einzugehen. Er bespricht mehr die Grundsätze, von denen sich der Histolog beim Fixieren, Härten, Schneiden und Färben leiten lässt. Etwas genauer wird auf die Entwicklung des Mikrotoms und seine Haupttypen (Ranvier, Rivet und englicher Typ mit feststehendem Messer) eingegangen. Von den Farbstoffen werden nur das Karmin und das Hämatoxylin näher besprochen und dann die Grundsätze der einfachen Kernfärbung, der Mehrfachfärbung und der mikrochemischen Reaktionen auseinandergesetzt. Zum Schluss geht der Vortragende etwas näher auf die Theorie der histologischen Färbung ein. Die älteste Theorie nimmt chemische Verbindungen zwischen den Geweben und den Farbstoffen an; eine zweite Theorie sieht in der Färbung einen rein physikalischen Vorgang nach Art der Molekularattraktion oder Absorption. Die Lösungstheorie Witts geht von der Tatsache aus, dass die Fasern Kolloide sind, und nimmt osmotische Vorgänge an. Erläutert wurde der Vertrag durch Demonstrationen von Abbildungen, Farbentafeln und einem Mikrotom.

(Autoreferat).

Sitzung vom 6. Dezember 1907.

1. Schmähmann demonstriert einen 7 Monate alten Knaben mit Encephalocele. Das Kind ist psychisch gut entwickelt. Blutsverwandschaft der Eltern liegt nicht vor, die Mutter war psychisch krank.

2. Schmähmann stellt ein zwei Wochen altes Kind vor mit amniotischer Abschnürung fast aller Finger.

3. Brehm demonstriert eine Kranke, die er vor 3 Monaten vor der Operation vorstellte mit der Diagnose, Maligne degenerierende Mischgeschwulst der Parotis. Er operierte am 10. November und exstirpierte den Tumor im Gesunden, bisher sei kein Recidiv aufgetreten. Die Diagnose erwies sich als richtig, wie die histologische Untersuchung des Herrn Dr. Ischreyt zeigt.

4. Ischreyt demonstriert makro- und mikroskopische Präparate des von Brehm exstirpierten Parotistumors und giebt darauf eine Uebersicht über die pathologische Anatomie der gemischten Tumoren der Parotis im allgemeinen. Nachdem er Angaben über Vorkommen, Sitz und makroskopisches Aussehen dieser Geschwülste gemacht hat, geht er genauer auf ihre mikroskopische Zusammensetzung ein. Der vorliegende Fall könnte durchaus als typisch gelten. Der Tumor besteht aus einem Parenchym grosser epithelartiger, in Haufen und Strängen angeordneter Zellen und aus einem Stroma, das stellenweise bindegewebig, an anderen Stellen schleim- und knorpelgewebig sei. Eine sarkomatöse Beschaffenheit lasse sich im vorliegenden Falle nicht nachweisen, doch spreche die starke Infiltration der Kapsel durch Parenchymzellen für die Malignität des Tumors. Hinsichtlich der Natur des Parenchyms beständen 2 Ansichten: nach der einen handelt es sich um Endothelien (Volkmann, Küttner), nach der anderen um Epithelien (Ribbert, Hinsberg). Auch hinsichtlich des Stroma weichen die Ansichten der Autoren von einander ab, denn während Volkmann im Hyalin, Schleim und Knorpel nur Produkte der Degeneration sehe, sei Hinsberg der Ansicht, dass diese verschiedenen Gewebsarten aus embryonal versprengten Keimen entstanden seien. Die Geschwulstentstehung erkläre Hinsberg nach dem Vorgange von Klebs, Birch-Hirschfeld und a. aus der Abschnürung einer fötalen Gewebsanlage im Cohnheimschen Sinn. Er sehe in der Abkapselung des Tumors und in dem embryonalen Charakter des Myxomgewebes anatomische Beweise für seine Ansicht. An Embryonen angestellte Untersuchungen hätten ihm den angenommenen Vorgang sehr wahrscheinlich gemacht. Er fand nämlich, dass die Parotis von der 9-ten Woche an in engster räumlicher Beziehung zur Unterkieferanlage, stehe, so dass eine Absprengung von Epithel zugleich mit knorpelbildender Substanz sehr wohl eintreten könne. Um zu verstehen, warum in den Mischgeschwülsten plötzlich maligne Wucherungen auftreten, während sie an und für sich nichts mit dem Karzinom oder Sarkom zu tun hätten, müssten wir uns kurz die Ansicht Ribbert's über die Entstehung maligner Tumoren vergegenwärtigen. Hiernach trete eine maligne Zellenwucherung immer nur da auf, wo eine Lockerung des normalen Verbandes der verschiedenen Zellen eingetreten sei. Solange das nicht der Fall, regeln offenbar diese Wechselwirkung die Zellenvermehrung Bei den Parotistumoren ständen nach Hinsberg die Epithelzellen in einem organischen Zusammenhang mit ihrem Mutterboden und vermehrten sich daher nur mässig. Wurde aber dieser Zusammenhang durch irgend ein äusseres Moment, z. B. eine Operation gelöst, indem Tumorgewebe durch die Kapsel in benachbartes, also für es selbst fremdartiges Bindegewebe gelangte, so beginne die maligne Degeneration. Der Vortrag wird durch einige Zeichnungen erläutert.

(Autoreferat).

5. Man hält seinen Vortrag: Ueber Prostatacysten (Erscheint im Druck).

Präses: Dr. med. v. Zoepffel.
Sekretär: Dr. Brehm.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Kurator des Rigaschen Lehrbezirks ist der bisherige Nishni-Nowgorodsche Gouvernements-Adelsmarschall, Magister des Staatsrechts Kollegienrat Prutschenko ernannt worden.

— Auf eine 25-jährige Tätigkeit als ordentlicher Professor konnte am 2. Juli n. St. der Direktor des pathologischen Instituts der Universität Strassburg, Dr. Hans Chiari, zurückblicken. Der Jubilar dozierte in früheren Jahren an oesterreichischen Universitäten (Wien und Prag).

— Vor kurzem beging in Berlin Professor Dr. Wilhelm Dönitz, einer der tüchtigsten Forscher auf bakteriologischem und anthropologischem Gebiete, seinen 70. Geburtstag. Der Jubilar, der in Berlin geboren ist, hat zu Beginn seiner wissenschaftlichen Tätigkeit als Professor der medizinischen Akademie in Tokio (1872—75) und Arzt an verschiedenen japanischen Krankenhäusern gewirkt und trat, als im. J. 1891 bald nach der Entdeckung des Tuberkulins das Berliner Institut für Infektionskrankheiten unter R. Kochs Leitung gegründet wurde, als wissenschaftlicher Arbeiter in dieses Institut ein, an welchem er noch gegenwärtig Vorstand der wissenschaftlichen Abteilung ist.

— Der Spezialist für innere Krankheiten an der Gemeinschaft barmherziger Schwestern des Roten Kreuzes, Staatsrat Dr. Ssosjedow, ist zum stellv. Gehülfen des Gouvernements-Medizinalinspektor von Pensa ernannt worden unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Zur Konferenz des internationalen Sanitätsbureaus, die in Paris am 10. August n. St. beginnt, wird als offizieller Delegierter Russlands der Geschäftsführer der Verwaltung des Obermedizinalinspektors, wirkl. Staatsrat Dr. Nikolai Freyberg, abkommandiert.

Nekrologe.

Verstorben sind: 1) Am 15. Juli in Wilna der Oberarzt der St. Petersburger Irrenanstalt Nikolai Tschudotworez und Privatdozent der militär-medizinischen Akademie Dr. Bronislaw Tomaszewsky im 58. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medizinische Ausbildung an der

mediko-chirurgischen Akademie erhalten, welche er im J. 1877 mit dem Arztgrade absolvierte. Seine ärztliche Tätigkeit begann er in der Klinik des Professors Mierzejewski in Petersburg und war dann Leiter einer psychiatrischen Anstalt in Odessa. Im Jahre 1888 kehrte er nach Petersburg zurück und wurde Oberarzt der obengenannten Irrenanstalt, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Zugleich fungierte er auch viele Jahre als Privatdozent für Psychiatrie und Neuropathologie an der militär-medizinischen Akademie und ebenso an der juristischen Fakultät der Petersburger Universität. Im vorigen Jahre wurde er zum Professor des neuen psycho-neurologischen Instituts hierselbst gewählt, doch hinderte ihn die fortschreitende Arteriosklerose und sein zunehmendes Herzleiden, Vorlesungen an diesem Institut zu halten. 2) Am 7. Juli in Jalta Dr. Eduard Hahn im 38. Lebensjahre. Im Gouvernement Orenburg als Sohn des Stadtarztes gleichen Namens in Troizk geboren, erhielt er seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität, an welcher er von 1889—95 studierte. Nach Erlangung des Arztgrades war H. Fabrikarzt im Peterhofschen Kreise. 3) Am 18. Juni in Borowsk, Gouv. Kaluga, der Kreisarzt Dr. Johann Adadurow im 67. Lebensjahre. Der Verstorbene war nach Absolvierung seiner Studien im J. 1863 mehrere Jahre Militärarzt, darauf 40 Jahre Kreisarzt von Borowsk. Neben seiner amtlichen Stellung fungierte er mehr als 40 Jahre auch als Landschaftsarzt und leitete als solcher das Landschaftskrankenhaus in Bobrowsk, wo er sich grosser Achtung und Liebe unter der Bevölkerung erfreute. 4) Am 20. Juli in Hungerburg der um die Pharmazie hochverdiente ehemalige Professor dieses Faches an der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Geheimrat Julius Trapp, im 93. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war als Sohn eines Apothekers in Mariupol geboren, absolvierte das Gymnasium zu Tilsit und arbeitete dann praktisch in einer Apotheke. Im Jahre 1839 erlangte er an der damaligen mediko-chirurgischen Akademie den Grad eines Magisters der Pharmazie und wurde dann sukzessive zum Laboranten für Pharmazie bei der Akademie (1813), zum Professor-Adjunkt (1847) und 1856 zum ordentlichen Professor ernannt. 1879 gab er seine Lehrtätigkeit auf, fungierte aber noch bis vor kurzem als beständiges Mitglied des gelehrten militär-medizinischen Komitees und als beraten des Mitglied des Medizinalrats beim Ministerium des Innern. Er ist auch mehrfach literarisch auf seinem Spezialgebiete tätig gewesen, wir erinnern hier nur an seine «Anleitung zum gerichtlich-chemischen Nachweis von Giften» (russ.) und seine Tabelle der Gegengifte.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Neue Verordnung bezüglich der Ableistung der Dienstpflicht für Studierende der Universitäten und höheren Lehranstalten. Bisher genossen die Studien halber in höheren Lehranstalten befindlichen Personen einen Aufschub der Ableistung ihrer Wehrpflicht nicht nur bis zum 30., sondern nötigenfalls auch bis zum 34. Lebensjahre. Gegenwärtig hat jedoch das Ministerium der Volksaufklärung die Chefs der höheren Lehranstalten mittelst Zirkularvorschrift angewiesen, alle von jetzt an in diese Anstalten eintretenden jungen Leute davon zu benachrichtigen, dass ein ergänzender Aufschub zur Ableistung ihrer Wehrpflicht über das 30. Lebensjahr hinfort nicht mehr gewährt werden wird und dass alle, die den Kursus bis zur Erreichung dieses Alters nicht absolviert haben, die Lehranstalt verlassen müssen, um ihre Wehrpflicht abzuleisten.

— Ein Stipendium auf den Namen des verstorbenen Petersb. Arztes Dr. Boleslaw Fischer ist von seiner Wittwe an der militär-medizinischen Akademie gestiftet worden. Das Stipendium wird einem unbemittelten Studierenden für die ganze Zeit seines Studiums verliehen; den Vorzug geniessen Söhne von Aerzten aus dem Kownoschen Gouvernement.

— Das Departament des Ministeriums der Volksaufklärung dementiert die Nachricht, dass es den Seminaristen gestattet worden sei, ohne Ergänzungsexamina ausser in die Warschauer auch noch in die Dorpater Universität einzutreten.

— Die Pforten der Warschauer Universität werden sich bekanntlich zu Beginn des Wintersemesters zur Wiederaufnahme der Studien wieder öffnen, nachdem sie lange Zeit geschlossen gewesen sind. Es sollen bereits ziemlich viel Bittschriften um Aufnahme in die Universität in der Kanzlei eingelaufen sein, aber von polnischen Aspiranten fast gar keine, dagegen zahlreiche Bittschriften von Absolventen von geistlichen Seminarien aus dem Innern des Reiches, welche dadurch angelockt sind, dass ausser der physiko-mathematischen und historisch-philologischen Fakultät sich auch die medizinische Fakultät ihnen öffnen soll. Endlich haben noch einige andere Russen, einige Litauer und Armenier und ganz wenige Polen, von denen die meisten überdies aus den angrenzenden Gouvernements stammen, um Aufnahme in die Zahl der Studierenden nachgesucht. Es wird somit der Boykott der russischen Universität Warschau seitens der Polen des Weichselgebiets in vollem Masse fortgesetzt!

Vereins- und Kongressnachrichten

— Das Organisationskomitee des ersten Russischen Kongresses für Oto-Laryngologie bringt zur Kenntnis, dass der Kongress vom 26. bis zum 30. Dezember dieses Jahren in dem Gebäude des Pirogoffmuseum in St. Petersburg tagen wird. Mit dem Kongress wird eine Ausstellung von Instrumenten, Apparaten, Modellen, pharmazeutischen Präparaten und anderen Gegenständen, die zur Oto-rhino-laryngologie in Beziehung stehen, verbunden sein. Anmeldungen jeder Art sind an das Organisationskomitee zu richten (Nikolajewskaja, 26, Wohnung 4).

Standesangelegenheiten.

— Aus Simferopol sind die Aerzte Morawski und Bolek auf administrativem Wege ausgewiesen worden.

— Das Komitee der hiesigen Gesellschaft zur Unterstützung von Studenten, welches die Studentenspeiseanstalt der Universität in seine Regie genommen hat, wollte, wie den «Russk. Wed.» aus Petersburg mitgeteilt wird, als Verwalter dieser Speiseanstalt den früheren Landschaftsarzt Krylow anstellen. Am 7. Juli ist aber die Universität von dem stellv. Stadthauptmann davon benachrichtigt worden, dass die Verwaltung der Stadthauptmannschaft es nicht für möglich hält, Dr. Krylow zur Erfüllung der Obliegenheiten eines Verwalters der Studentenspeiseanstalt zuzulassen. (R. Wr.)

— Der Präses der St. Petersburger städtischen Sanitätskommission richtet nachstehenden Aufruf an alle in der Residenz praktizierenden Aerzte:

Eine schleunige Benachrichtigung des städtischen sanitären Aufsichtsorgans von jeder akuten infektiösen Erkrankung behufs rechtzeitiger Vorkehrungen bildet die unerlässliche Bedingung einer erfolgreichen Bekämpfung solcher Krankheiten. Besonders wichtig ist dies bei einer Krankheit wie die Cholera, wo es notwendig wird, sogar jede verdächtig erscheinende Erkrankung zu melden, behufs sofortiger Isolierung des Kranken usw. Die Sanitätskommission wendet sich daher mit der ergebenen Bitte an alle in der Residenz praktizierenden Aerzte, von der auszufüllenden Sanitätskarte über jeden Infektionskranken die eine Hälfte mit dem Buchstaben A an das epidemiologische Sanitätsbureau der Sanitätskommission im Dumagebäude, die andere Hälfte aber mit dem Buchstaben B an den örtlichen Sanitätsarzt zu senden. In dringenden Fällen ist ausser der Sanitätskarte die Benachrichtigung des epidemiologischen Sanitätsbureaus (Telephonnummer 1148) durch das nächste Telephon notwendig. Die Sanitätskarten werden von der Kommission nach der ersten Aufforderung eines jeden Aerztes unentgeltlich in genügender Zahl zugesendet.

Der Vorsitzende der städtischen Sanitätskommission:
Med. Dr. A. N. Oppenheim.

Epidemiologisches.

— Die Cholera macht in der Wolgagegend rasche Fortschritte. Nach den offiziellen Berichten waren im Gouv. Astrachan bis zum 20. Juli 42 Personen erkrankt und 19 gestorben, im Gouv. Ssaratow bis zum 19. Juli 88 Pers. erkrankt und 44 an der Cholera gestorben. In der Stadt Zarizyn erkrankten am 18. Juli 22 Personen und starben 12 Personen.

Infolge dieser alarmierenden Nachrichten werden von allen Seiten Massnahmen zur Bekämpfung der Seuche getroffen. Das Ministerium der Wegekommunikationen will an der Wolga allein zwischen Astrachan und Zarizyn 5 ärztliche Stationen anlegen und es soll das Personal für 10 Stationen dorthin gesandt werden. Die Hauptverwaltung, des Roten Kreuzes, welche über 100,000 Rbl. zur Eröffnung von Stationen für Verfolgung zweckmässiger Nahrung und für ärztliche

Hülfe verfügt, macht bereits die erforderlichen Hülfskräfte mobil. Von der Antipestkommission wird der Bakteriologe Dr. Taranuchin, Privatdozent des hiesigen weiblichen med. Instituts, nach dem Gouv. Ssaratow abkommandiert.

— Der Präses der St. Petersb. städtischen Sanitätskommission Dr. A. Oppenheim bringt zur allgemeinen Kenntnis, dass im städtischen Isolierhause (Solotonoschskaja 3, Telephon 3283) täglich von 10—12 Uhr mittags Cholera-Schutzimpfungen ausgeführt werden, was namentlich für die nach den Choleragegenden an der Wolga Reisenden wichtig ist.

Verschiedene Mitteilungen.

— Eine neue geburtshülflich-gynäkologische Heilanstalt und Hebammenschule wurde hier am 6. Juli eröffnet. Gründer und Leiter dieser Anstalt ist Dr. Nikolai Korolëw, bisher Arzt am hiesigen Findelhause. Die neue Anstalt im Hause Nr. 32 an der Ssadowaja verfügt, wie die Tagesblätter berichten, über mehr als 40 Zimmer in zwei Stockwerken. Die geburtshülfliche Abteilung ist für mindestens 30 Wöchnerinnen bestimmt und die Hebammenschule für 100—120 Hörerinnen berechnet.

— Zentrale Eisenbahnhospitäler. Das Ministerium der Wegekommunikationen hat beschlossen, in nächster Zeit Hospitäler speziell für Angestellte an den Eisenbahnen sowohl in Moskau als auch in St. Petersburg einzurichten.

— In Moskau ist am 8. Juli der Grundstein zu einem grossen städtischen Hospital gelegt, das mit einem von dem unlängst verstorbenen Moskauer Millionär K. T. Ssoldatenkow der Stadt testamentarisch vermachten Kapital erbaut wird. Das Hospital, das auf 506 Betten berechnet ist, wird aus 18 Gebäuden bestehen und nach dem Voranschlage mehr als 2½ Millionen kosten.

— Die Belgische Regierung hat eine halbe Million Franc, für die Bekämpfung der Schlafkrankheit in dem Kongostaate ausgesetzt. — Bei dieser Gelegenheit wollen wir nicht unerwähnt lassen, dass Prof. Robert Koch, dessen Untersuchungen wir die Mittel zur Bekämpfung der neuerdings im Innern von Afrika so mörderisch auftretenden Schlafkrankheit verdanken, seine Eindrücke während seiner Expedition zur Erforschung dieser Krankheit in einem kleinen Buche niedergelegt hat, das bei Dietrich Reimer in Berlin erschienen ist und den Titel «Ueber meine Schlafkrankheits-Expedition» führt.

— Ein neues Verfahren zum Nachweis, ob das Kind tot zur Welt gekommen oder einige Zeit nach der Geburt gelebt hat, ist nach dem «Progrès médical» von Dr. Ch. Vaillant in der Maisitzung der Pariser Académie des sciences mitgeteilt worden. Er benutzt dazu die Radiographie. Wenn das Kind nicht gelebt hat, so ist bei der radiographischen Untersuchung kein inneres Organ sichtbar. Hat das Kind aber einige Atemzüge gemacht, so wird von den inneren Organen zuerst der Magen sichtbar. Wenn das Kind schon länger gelebt hat, so erweisen sich ausser dem Magen auch die Gedärme als sichtbar. Hat das Kind schon einige Zeit ohne Nahrung gelebt, so sind der Magen, der Darm, die Lungen, die Leber und das Herz sichtbar. Ist das Kind dabei auch genährt worden, so kann man alle seine inneren Organe noch deutlicher als in dem vorhergehenden Falle sehen.

Bf.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 31 St. Petersburg, den 2. (15.) August. 1908.

Zur Geschichte der Abwehrmassregeln gegen epidemische Krankheiten in Russland, mit einer Einleitung über die Bedeutung der Geschichte der Medizin.

Von

Fr. Dörbeck.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Aerzte des Deutschen Alexanderhospitals in St. Petersburg am 12. Mai 1908.

(Schluss.)

Auch während der folgenden Epidemien wird gelegentlich der Einrichtung von Sperren gegenüber verseuchten Gebieten Erwähnung getan. Bei der Beschreibung einer Epidemie in Nowgorod in den Jahren 1571—72 wird zuerst von der Isolierung der Erkrankten gesprochen; diejenigen Höfe, wo ein Mensch an der Seuche starb, wurden geschlossen, und Niemand von den überlebenden Angehörigen durfte Haus und Hof verlassen, während sie von der Strasse aus mit Speise versorgt wurden. Den Priestern war es verboten, diese Kranken zu besuchen unter Androhung der Verbrennung mit den Kranken zusammen. Die Strassen, wo die verseuchten Häuser lagen, waren gesperrt und wurden streng bewacht. Diejenigen, die dabei ertappt wurden, dass sie bei den Wachen vorbeischleichen wollten, wurden auf dem Scheiterhaufen verbrannt. Die an der Seuche gestorbenen durften nicht innerhalb der Stadt bei den Kirchen beerdigt werden, wie es sonst üblich war, sondern mussten weit ausserhalb der Stadt an einer hierzu angewiesenen Stelle bestattet werden. Der englische Gesandte, der in diesem Jahr durch das Weisse Meer nach Russland kam, wurde lange Zeit in Cholmogory in einer eigentümlichen Quarantäne gehalten, weil, wie es in einem englischen Geschichtswerk aus dem XVII. Jahrhundert heisst, in Russland die Pest (the plague) herrschte.

Im Anfange des XVII. Jahrhunderts, unter der Regierung des begabten Zaren Boris Godunow, wurden auf der westlichen Grenze Russlands Sperren gegenüber Livland, Lithauen und Polen eingerichtet, weil dort eine verheerende Seuche, vielleicht die Pest, herrschte.

Besonders umfassende Massregeln wurden zur Einschränkung der Seuche ergriffen, die 1654 ausbrach und bis 1657 in dem grössten Teile Russlands herrschte. Ueber die Natur der Seuche wissen wir nichts genaues. Auf eine genaue Schilderung aller dieser Massregeln kann ich mich nicht einlassen, weil das zu weit führen würde, zumal da ich sie sehr ausführlich in meinem Buch angeführt habe[5]). Der Zar Michail (der erste Romanow) war um die Zeit beim Heere, welches im Kriege mit Polen Smolensk belagerte, die Zarin war mit dem Tronfolger vor der Seuche in ein Kloster geflüchtet. In Moskau wurde auf Befehl des Statthalters, (des Fürsten Pronskij) der zarische Palast im Kreml nicht nur geschlossen, sondern sogar Fenster und Türen vermauert, damit die verderbliche Luft nicht eindränge. Alle Häuser, wo verdächtige Erkrankungen vorkamen, wurden vom Verkehr ausgeschlossen und bewacht. Dabei war es aber den Einwohnern Moskaus gestattet, die Stadt zu verlassen — ein Umstand, der wahrscheinlich nicht wenig zur Verbreitung der Seuche beitrug. Als

[5]) Geschichte der Pestepidemien in Russland.

man später den begangenen Fehler einsah, wurden alle aus Moskau führenden Strassen durch Verhaue und Wachtposten gesperrt und die Umgehung dieser Sperren mit dem Tode bestraft. Auch die anderen Städte, in denen die Seuche herrschte, wurden zerniert und vom Verkehr ausgeschlossen. Die Toten mussten in ihren Kleidern und auf dem Lager, so wie sie gestorben waren, von ihren Verwandten im Hofe des Hauses beerdigt werden, ohne jegliches kirchliche Zeremoniell. Die Häuser, deren Einwohner gestorben waren, wurden verbrannt, ebenso auch die Kleider und Effekten der Kranken. Zum ersten Mal erfahren wir von einer obligatorischen Meldepflicht. Ein jeder Erkrankungs- und Todesfall musste den Wojewoden, Statthaltern und Aebten gemeldet werden, die ihrerseits Berichte an den Zaren und die Zarin sandten. Diese Berichte wurden wie überhaupt alle Korrespondenz auf einer jeden Sperre geräuchert und 3 Mal abgeschrieben und erst die dritte Kopie weiterbefördert.

Die Meldepflicht blieb auch in den folgenden Jahren bestehen, geriet aber später leider allmählich in Vergessenheit und wurde erst bei Gelegenheit neuer Epidemien wieder erneuert. Im Jahre 1656 wurde dieses Gesetz noch durch die Verordnung ergänzt, dass kein Beamter, in dessen Hause eine ansteckende Krankheit herrschte, zum Dienst in die Kanzelei (Prikás) kommen durfte. Als die Seuche 1657 bis Kasan gedrungen war, wurden strenge Massregeln ergriffen, um Sibirien davor zu schützen. Interessant ist eine Verordnung aus diesem Jahre, durch welche vorgeschrieben wurde, nur diejenigen Effekten der Kranken zu vernichten, mit denen sie in Berührung gekommen, die übrigen, die in Kisten verpackt waren, mussten nur gewaschen, gelüftet und mit Wacholder geräuchert werden. Man ging hier also nicht gegen den Genius epidemicus im Allgemeinen vor, sondern nur gegen den Ansteckungsstoff, der den Kranken anhaftete. Während dieser Epidemie wird auch zum ersten Mal von der Lüftung der Wohnhäuser und ihrer Durchräucherung mit Wacholder erwähnt. Auch Quarantänemassregeln werden hier zum ersten Mal angeführt. Die Boten nämlich, die die Berichte an den Zaren beförderten, mussten vor ihrer Rückkehr nach Hause eine 2—3-wöchentliche Observation bestehen. Dadurch, dass Berichte über die Erkrankungen und Todesfälle abgefasst wurden, geschah auch der erste Schritt zu einer medizinischen Statistik. Leider fiel nur dieser Versuch recht unglücklich aus, und die Zahlenangaben, die wir in den Akten finden, sind sehr unvollständig und können nur mit grosser Reserve benutzt werden. Aber wie dem auch sei, das Verhalten der Regierung während dieser Epidemie bedeutet einen grossen kulturellen Fortschritt. An die Stelle des früheren Indifferentismus oder Fatalismus tritt das zielbewusste Bestreben, der Seuche Einhalt zu tun, ihr Verheerungsgebiet nach Möglichkeit einzudämmen. Und wenn auch kirchliche Prozessionen hin und wieder stattfanden, so war doch das Augenmerk der Behörden vorzugsweise auf Isolierung der Kranken und der Toten und Absperrung der Seuchenherde gerichtet. Gleichzeitig wird auch die Quarantäne für die aus verseuchtem Gebiet Kommenden eingeführt. Leider finden sich in den Akten keine Angaben darüber, von wem die Initiative zu diesen Massregeln ausging. Die Urheberschaft der betreffenden Gesetze und Verordnungen wird dem Zaren oder der Zarin zugeschrieben, aber wer den Rat hierzu gab, ist unbekannt. Von den Aerzten, deren es damals schon recht viele gab, wird mit keinem Wort erwähnt. Wir dürften aber kaum fehlgehen, wenn wir annehmen, dass die erwähnten Massregeln auf Anraten der am Hofe des Zaren lebenden ausländischen Arzte ergriffen wurden. Auch über die Behandlung der Kranken verlautet nichts.

Einen weiteren Fortschritt in dem Verhalten gegenüber Epidemien haben wir aus dem Ende des XVII. Jahrhunderts zu verzeichnen, der darin bestand, dass man in Russland anfing, darauf zu achten, ob nicht in den benachbarten Ländern, oder in solchen, mit denen Russland politische oder Handelsbeziehungen unterhielt, epidemische Krankheiten herrschten, um eventuell Massregeln gegen deren Einschleppung zu ergreifen. So wurden im Jahre 1658, als die Pest in Livland herrschte, im nowgorodschen und pskowschen Gebiet überall Verhaue und Sperren eingerichtet und auch Wachtposten auf den Grenzen postiert, damit Niemand aus dem verseuchten Lande nach Russland käme. Besonders streng waren die Massnahmen, die im Jahre 1665 getroffen wurden, als die Pest in England und besonders in London herrschte. Der Zar schrieb eigenhändig an den König von England, dass so lange in England die Pest nicht aufgehört hätte, allen Engländern der Zutritt nach Russland verboten sei. Ja sogar mit den anderen Staaten wurde aller Verkehr abgebrochen. Ein Engländer und 2 Deutsche, die in diesem Jahr nach Russland kamen, wurden erst in Pskow, dann in Nowgorod je drei Monate in strengster Isolierung gehalten, wobei sie sich ständig allerhand Waschungen und Räucherungen unterziehen mussten, ehe sie nach Moskau reisen durften. Beinahe ebenso streng waren die Massregeln gegenüber Polen, als im Jahre 1681 die Pest in Krakau ausbrach. Alle offizielle Korrespondenz, die aus Polen kam, musste an der Grenze, dann in Smolensk wiederholt geräuchert und abgeschrieben werden, ehe sie weiter nach Moskau befördert werden durfte. Der Verkehr war durch Sperren und Wachtposten aufgehoben.

Das Gesetz betreffend die Meldepflicht wurde um dieselbe Zeit erneuert, wobei diese Pflicht auf „Pocken fieberhafte, hitzige oder andere schwere Krankheiten" sich erstreckte. Personen, in deren Hause diese Krankheiten herrschten, durften nicht bei Hof erscheinen. Ueber die Genesung musste auch berichtet werden.

In den Verordnungen, die im Jahre 1696 und in den folgenden Jahren an die Wojewoden und Statthalter der Grenzgebiete erlassen wurden, wurde diesen eingeschärft, sorgfältig darauf zu achten, ob nicht in den Nachbarländern Seuchen herrschten und eventuell sofort alle damals üblichen Massregeln zu ergreifen; dem Wojewoden von Archangelsk, der um jene Zeit einzigen Hafenstadt Russlands und den dortigen Zollbeamten war befohlen, keinerlei Schiffe, die aus verdächtigen Gegenden kamen, in die Nähe von Archangelsk zuzulassen. Diese Verordnungen gehören schon der ersten Regierungsperiode Peters des Grossen an, der seine reformatorische Tätigkeit auch auf das Gebiet der Medizin ausdehnte. Von der Erkenntnis ausgehend, dass zur Bekämpfung der verschiedenartigen Seuchen Russland vor allen Dingen Aerzte brauchte, suchte Peter dem Mangel an solchen dadurch abzuhelfen, dass er Aerzte aus dem Auslande, namentlich aus Holland und Deutschland, berief und ferner gründete er zwecks Ausbildung einheimischer Aerzte ein Hospital in Moskau und später ein zweites in der neuen Residenz.

Während des nordischen Krieges herrschte die Pest in Polen und Livland, namentlich hatten Riga, Pernau, Reval und Dünamünde viel unter der Krankheit während der Belagerung durch die Russen zu leiden. Auch das russische Heer blieb nicht verschont, obgleich Peter gewisse Vorsichtsmassregeln hatte anwenden lassen. Sobald Erkrankungen an der Pest in der russischen Armee konstatiert worden waren, sorgte Peter vor allen Dingen für Isolierung der Erkrankten, die mit allen ihren Effekten in Wäldern oder Feldern in Zelten untergebracht wurden. Das Heer wurde so disloziert, dass zwischen den einzelnen Kompagnien, Ba-

taillonen und Regimentern Abstände von 1 bis 6 Werst bestanden. Den Aerzten, die um diese Zeit schon dem Heere zugeteilt waren, schrieb der Zar vor, die Krankheit eifrig mit Medikamenten und dem Messer zu behandeln. Als die Pest bis Narva gelangte, wurde vom Meere an und längs dem Flusse Luga ein strenger militärischer Kordon aufgestellt, der die neue Residenz und die Städte Nowgorod und Pleskau vor der Einschleppung der Krankheit schützen sollte. Bei den Sperren waren gleich auch Galgen aufgestellt, wo diejenigen ohne Weiteres gehenkt wurden, die die Sperren zu umgehen versuchten. Auch der Verkehr der Schiffe auf der Luga war aufgehoben. Alle Wege waren mit Verhauen versehen. Die Pest verschonte zwar Petersburg, aber die Städte Pskow, Porchow, Isborsk, Gdow und Torshok wurden von ihr befallen. Dieselben Sperrmassregeln wurden auf Befehl Peters in Südrussland ergriffen, als die Pest in der Ukraine ausbrach, wobei gegen den Ansteckungsstoff so gründlich vorgegangen wurde, dass die Häuser, deren Einwohner ausgestorben waren, mit dem ganzen Inventar, ja sogar mit dem Vieh in den Ställen, verbrannt wurden. Die Galgen bildeten ein ständiges Attribut der Sperren und Wachtstationen.

Als die Pest 1720 in der Türkei und später in Marseille ausbrach, wurden ausser den üblichen Sperrmassregeln an der Landgrenze noch Vorsichtsmassregeln gegenüber den Schiffen, die aus dem Auslande kamen, eingeführt. Alle Schiffe mussten in den Häfen von Archangelsk, Riga und Reval besichtigt werden, und aus Frankreich kommende Schiffe wurden überhaupt nicht zugelassen. Gegen die von aussen, namentlich von Seiten der Türkei und Persiens, drohende Pestgefahr blieben nun ein für alle Mal die üblichen Sperrmassregeln in Gebrauch, daher wollen wir fernerhin die gegen die Epidemien gerichteten Schutzmassregeln nur dann erwähnen, wenn sie einen Fortschritt gegenüber den früheren bedeuten.

Um dem Ausbruch epidemischer Krankheiten unter den Truppen, die sich auf dem Feldzug gegen Persien befanden, vorzubeugen, erliess Peter I. die Verordnung, dass in heissen Gegenden der Genuss von rohem Obst und gesalzenen Fischen nicht zu gestatten sei, und den Marketendern war es verboten, solche Nahrungsmittel den Soldaten zu verkaufen.

Eigentümlich waren die Massregeln, die im Jahre 1727 ergriffen wurden, als die Pest in Astrachan ausbrach. Auf Befehl des Gouverneurs von Mengden mussten alle Einwohner die Stadt verlassen und sich in der Steppe in Zelten niederlassen. Die Zelte waren nach einem gewissen Plan aufgeschlagen, sie durften nicht zu nah bei einander stehen, und zwischen einem Komplex von Zelten musste immer ein bestimmter Zwischenraum bleiben. Ausserdem gab es ein besonderes Zeltlager für Pestkranke und andere Kranke. Die Stadt wurde geschlossen, in allen Häusern waren Fenster und Türen zwecks Lüftung geöffnet und an den Häusern Wachen postiert. Die Häuser, deren sämmtliche Einwohner gestorben waren, wurden verbrannt. Natürlich wurde durch diese zum mindesten originell zu nennende Massregel nichts erreicht, sie zeigt nur, wie weit ein überspannter Administrativbeamter im Aushecken von Massregeln und in seiner Willkür gegenüber dem beschränkten Untertanverstande gehen kann.

Uebrigens wurde das Vorgehen des eifrigen Gouverneurs von der obersten Behörde in Petersburg für durchaus zweckmässig befunden. Es herrschte damals Peter II und der berüchtigte Oberste Geheime Rat (Werchownyi Tainyi Ssowjet). — Zur Fernhaltung der Pest von dem übrigen Reich war ein militärischer Kordon längs der Grenze des Astrachanschen Gouvernements aufgestellt. Doch war es gestattet, das Gouvernement Astrachan zu verlassen, nur mussten die Abreisenden eine 6-wöchige Quarantäne an der Grenze bestehen.

Als einen Fortschritt in der Seuchengesetzgebung muss man das im Jahre 1728 erlassene Gesetz anerkennen, durch welches den Gouverneuren ein für alle Mal vorgeschrieben wurde, im Falle des Auftretens einer Epidemie, sofort dem Senat Bericht zu erstatten und an Ort und Stelle Sperrmassregeln zur Lokalisierung der Seuche zu ergreifen. Die Galgen waren auch in diesem Gesetz nicht vergessen, doch hiess es, dass alle diejenigen, die die Sperren zu umgehen versuchten, gehenkt werden sollten, wofern sie nicht zu dem Adel gehörten. Die Adeligen sollten nur verhaftet und über ihr Vergehen dem Senat gemeldet werden. Die Quarantäne für diejenigen, die das verseuchte Gebiet verlassen wollten, war wie früher auf 6 Wochen bemessen; doch war noch die Bedingung hinzugefügt, dass vor dem Verlassen der Quarantäne eine ärztliche Besichtigung stattfinden musste, und nur diejenigen, die sich hierbei als gesund erwiesen, durften weiterreisen. Die Kranken müssen aus ihren Häusern evakuiert und möglichst weit von bewohnten Ortschaften gebracht werden. Hier müssen Sperren um sie herum eingerichtet und sie aus jeglichem Verkehr ausgeschlossen werden. Die verseuchten Häuser müssen, wenn irgend möglich, verbrannt werden, und zwar mit dem ganzen Inventar und dem Vieh; wo aber das Verbrennen wegen der Gefahr für die Nachbarhäuser unmöglich ist, sollen sie geschlossen und darauf geachtet werden, dass niemand solche Häuser betrete und nichts von da genommen werde.

Alle in den Quarantänehäusern befindlichen Personen müssen streng isoliert sein und dürfen mit den Einwohnern der benachbarten Ortschaften nicht in Berührung kommen. Sie wurden derart verpflegt, dass besondere Lieferanten die Nahrungsmittel brachten, die durch Vermittelung der Wächter auf langen Stäben den Internierten gereicht wurden. Das Geld durften die Lieferanten nicht sofort von den Internierten in Empfang nehmen, sondern es wurde besonderen Unteroffizieren übergeben, die es in Essig legten und erst nach Ablauf der Quarantäne den Händlern aushändigten, wobei über die verkauften Nahrungsmittel Listen geführt wurden. Der Komandant und der Arzt der Quarantäneanstalt führten Register über alle Ankommenden und Abreisenden mit Angabe ihrer Herkunft und ihres Reiseziels. Die Waaren wurden ausgepackt und 6 Wochen lang gelüftet. Besonders sorgfältige Lüftung war für wollene, seidene und baumwollene Erzeugnisse, für Kleider, Felle und Häute vorgeschrieben.

Aus den Sperren und Wachtstationen mit temporären Quarantänen entwickelten sich allmählich derartige ständige Institute und zwar zunächst im Kiewschen Gouvernement, an der damaligen türkischen Grenze. Die erste Quarantäneanstalt wurde in Wassiljków errichtet, und später kam hierzu eine ganze Kette von Quarantäneanstalten längs dieser Grenze und noch später eine ebensolche an der polnischen und persischen Grenze. Reisende, die aus dem Auslande kamen, mussten an der Grenze ihre Pässe vorweisen, die vorher von dem betreffenden russischen Gesandten visiert und mit der Angabe versehen sein mussten, dass in dem betreffenden Lande keine „gefährliche“ Krankheit herrschte. Wenn jemand ohne einen solchen Pass an der Grenze erschien, so wurde er einfach zurückgeschickt.

Somit sehen wir, dass in der ersten Hälfte des XVIII. Jahrhunderts zuerst umfassende Präventivmassregeln gegen von aussen drohende epidemische Krankheiten ergriffen wurden, die wenn auch nicht immer rationell vom Standpunkt der heutigen Wissenschaft

zu nennen sind, doch den derzeitigen Anschauungen der Aerzte entsprachen und die Anfänge der medizinischen Polizei darstellen. Am schärfsten waren die Schutzmassregeln ausgesprochen, die gegen die drohende Pestgefahr gerichtet waren, aber auch gegen andere epidemische Krankheiten, wie Skorbut, Masern, Pocken und venerische Krankheiten, ja auch gegen Viehseuchen wurden um diese Zeit schon Vorkehrungen von Staatswegen getroffen.

Am meisten hatte Russland seit den 30-ger Jahren des XVIII. Jahrhunderts durch die Invasion der Pest zu leiden, die während der wiederholten Kriege mit der Türkei eingeschleppt wurde und immer grosse Verheerungen erst in der russischen Armee und dann auch im Lande anrichtete. Die anderen Infektionskrankheiten boten verhältnissmässig viel weniger Gefahr. Im XIX. Jahrhundert kam noch die Cholera hinzu, wie wir weiter sehen werden.

Die Schutzmassregeln, welche gegen die Pest während des Krieges ergriffen wurden, blieben meist so gut wie ohne Erfolg, denn eine Absperrung der Grenze war während des Krieges unmöglich, die Isolierung der infizierten Truppenteile ebenso wenig, und so sehen wir denn auch die Pest nach den Türkenkriegen 1738—1739, 1769—71 und 1828—29 teils nur in den der türkischen Grenze zunächst liegenden Gouvernements ausbrechen, bisweilen aber auch, wie z. B. 1769—71, bis ins Zentrum Russlands, nach Moskau und in viele andere Städte und Gouvernements vordringen.

Die Massregeln gegen die Seuchen bestanden bis zum Anfang des XIX. Jahrhunderts in Sperren, langdauernder Observation in den Quarantäneanstalten, Lüftung und Räucherung der Waaren mit Wacholder. Die Häuser wurden mit Wacholder, Essig und Schiesspulver geräuchert und hinterher gelüftet.

Der Aufenthalt in der Quarantäne, kam beinahe einer Einzelhaft gleich, denn der Observierte, wie die ihm beigegebene Wache, durfte mit Niemand zusammenkommen. Täglich mussten sich die Observierten Räucherungen unterwerfen, und zwar wurden die Reichen mit Weihrauch geräuchert, die Armeen mit Teer und Wacholder. Grosse Vorsicht wurde bei der Durchsicht der Briefe beobachtet, denn das Papier galt als ein ganz besonders gefährlicher Ansteckungsträger. Beim Oeffnen der Briefe auf den Wachtstationen zwecks ihrer Reinigung mussten die betreffenden Beamten Wachstuchhandschuhe anziehen. Das Konvert musste mit Hilfe einer besonderen Zange und Scheere aufgeschnitten und der Brief lange Zeit in dickem Qualm geräuchert werden. War die Korrespondenz mit einem Faden oder Bande umwickelt, so mussten diese verbrannt werden, weil sie für noch gefährlicher als das Papier galten.

Für den Handelsverkehr zwischen einer verseuchten Ortschaft und den Einwohnern eines nicht verseuchten Ortes waren besondere Vorsichtsmassregeln vorgeschrieben. Die verseuchte Ortschaft — Stadt oder Dorf — wurde zerniert und nur ein Tor offen gelassen, vor welches die Einwohner der umliegenden Ortschaften die notwendigen Lebensmittel brachten. Händler und Käufer waren hier durch eine doppelte Barriere getrennt, zwischen der ein Zwischenraum von 8 Fuss bestehen musste. Wachen passten darauf auf, dass beide Parteien in keine Berührung mit einander kamen. Die Waaren wurden zwischen den Barrieren auf den mit Stroh bedeckten Boden gelegt, das Geld in einen Kübel mit Essig. Eigentümlich waren die Ansichten über Empfänglichkeit und Unempfänglichkeit verschiedener Stoffe gegenüber dem Krankheitsvirus. Einige sollten die Fähigkeit besitzen, es zu übertragen, andere nicht. Erdfrüchte, z. B. galten als unfähig, den Ansteckungsstoff zu übertragen, Tiere dagegen als Ansteckungsträger. Daher mussten sie gewaschen, ihr Fleisch durch Feuer gereinigt werden. Stroh und Holz galten als ungefährlich, daher mussten die Lebensmittel zwischen den Barrieren auf Stroh oder Holz gelegt werden. Auch an Metallen sollte der Ansteckungsstoff nicht haften, und das Geld musste, wie es in der Vorschrift hiess, nur deswegen in Essig gelegt werden, weil es durch vieler Menschen Hände ging und mit Schmutz behaftet war. Eigentlich — eine contradictio in adjecto! — Wollene und baumwollene Sachen, Zwirn, Flachs, Felle und Häute durften überhaupt auf diese Märkte nicht gebracht werden.

Uns muten solche Ansichten sonderbar an, weil dafür gar kein realer Grund vorlag. Wir würden den experimentellen Beweis für solche Behauptungen verlangen, unsere Vorfahren waren leichtgläubiger und nahmen die überkommene Tradition auf Treu und Glauben an.

Nicht weniger sonderbar waren die Vorschriften betreffend die persönliche Prophylaxis, die 1739 erlassen wurden. Den Gesunden wurde geboten, den Verkehr mit Kranken und deren Effekten zu meiden, warmen Teer als Präservativmittel zu trinken, den Körper mit Salben einzureiben und Knoblauch zu den Speisen zu tun. Den Aerzten und den Schülern der Medizin wurde empfohlen, wöchentlich ein Dampfbad zu nehmen und alle 2 Wochen ein Mal sich schröpfen zu lassen, eine nüchterne Lebensweise zu führen, kein Schweinefleisch und keinen geräucherten Fisch zu essen, 2 Mal in der Woche ein Abführmittel, jeden Morgen ein Infus von rad. Angelicae und Discordii einzunehmen und die Gegend unter der Nase mit Bernsteinöl oder Naphta einzureiben, wahrscheinlich um die schädlichen Dünste vor dem Einatmen unschädlich zu machen. Auch das Kauen der radix Angelicae galt für heilsam. Beim Pulszählen wurde geraten, die Hand des Kranken nicht direkt zu berühren sondern durch ein untergelegtes Tabaksblatt. Eine grosse Bedeutung wurde der Furcht vor der Seuche beigelegt, ja sie wurde mitunter als alleinige Ursache der Erkrankung betrachtet, und um dieser Furcht entgegenzuwirken, wurde zur Suggestion gegriffen: den Soldaten wurden im Kriege Amulette verteilt, um sie glauben zu machen, dass sie hierdurch gegen alle Krankheit gefeit wären, gleichzeitig suchte man ihnen die wahre Natur der Krankheit zu verheimlichen, was natürlich meist nicht gelang und gerade zu dem Gegenteil von dem führte, was man bezweckte.

Die traurigsten Folgen hatte das Verheimlichungssystem in dem Jahre 1769, als die Pest, die damals in der Moldau und Walachei herrschte, auf das dort im Kriege gegen die Türken befindliche russische Heer übergriff und infolge von zu spät ergriffenen und durchaus unzulänglichen Massregeln nach Russland eindrang und grosse Verheerungen anrichtete. Hatte die Seuche einmal an verschiedenen Stellen Boden gefasst, so halfen alle Abwehrmassregeln nichts, die übrigens in diesem Falle sich durch nichts von den früher erwähnten unterschieden.

Als die Pestepidemie in Moskau ihren Höhepunkt erreicht hatte und die Pestleichen auf den Strassen umherlagen, wurden zwecks Aufhebung des Verkehrs alle Kirchen, Badstuben, überhaupt alle öffentlichen Lokale, ja sogar die Behörden geschlossen, zuletzt kamen sogar die Branntweinhandlungen an die Reihe, doch um dieses von jeher für die Regierung lucrativen Erwerbszweiges nicht ganz zu entraten, wurde gestattet, den Schnaps durch's Fenster zu verkaufen. — Im Reichsrat in Petersburg hatte man beschlossen, ganz Moskau zu umzingeln und Niemand ein- und auszulassen, doch wies der Statthalter von Moskau, der greise Ssaltyköff, darauf hin, dass es ganz unmöglich sei, eine so grosse Stadt ganz von dem Verkehr mit dem flachen

Lande abzusperren, da hierdurch jede Zufuhr von Lebensmitteln abgeschnitten würde.

Die Durchführung der Sperrmassregeln fiel überhaupt schwer, weil dem Volk ihre Notwendigkeit und Zweckmässigkeit nicht einleuchten wollte, und wo es nur irgend möglich war, wurden die Sperren umgangen. Die natürliche Folge davon war die Weiterverbreitung der Seuche. Interessant ist in dieser Beziehung die Angabe Fechners, der in seiner „Chronik der evangelischen Gemeinden in Moskau" sagt, dass die Pest erst spät in die sogenannte Deutsche Vorstadt gelangte und hier auch nur wenige Opfer forderte, weil hier die Bewohner selbst alle Schutzmassregeln beobachteten.

Auch den Pesthospitälern gegenüber, deren es in Moskau mehrere gab, verhielt sich das Volk höchst misstrauisch, und freiwillig wurden dieselben von niemand aufgesucht. Als neu wären während der Moskauer Epidemie noch 2 Schutzmassregeln zu erwähnen: die Räucherung der Wohnungen mit einem Pulver, welches neben allerlei indifferenten Stoffen Schwefel enthielt, so dass sich beim Verbrennen SO_2 bildete — ein Gas, welches auch heute noch vielfach als wirksames Desinfiziens angewandt wird; 2) die von dem Moskauer Arzt Samoilowicz [6]) vorgeschlagene Schutzimpfung mit dem Pesteiter. Dieser Vorschlag stiess aber auf so heftigen allseitigen Widerstand, angefangen vom Moskauer Medizinalrat, dass er nicht durchgeführt werden konnte und in Vergessenheit geriet.

Während der kleineren Pestepidemien, die am Ende des XVIII. Jahrhunderts in Südrussland herrschten, wurden folgende Schutzmassregeln angewandt: es wurden besondere Aufseher ernannt, die mit der sanitären Beaufsichtigung einer Anzahl von Dörfern betraut wurden. Jedem Aufseher stand ein Arzt zur Seite. Jeder Dorfälteste — und in den Städten der Magistrat — musste dem Aufseher über jeden verdächtigen Erkrankungsfall berichten, worauf die ärztliche Besichtigung des Kranken erfolgte. Erwies sich die Krankheit als Pest, so wurde an das betreffende Haus eine Wache gestellt und jeglicher Verkehr mit ihm aufgehoben. Darauf wurden Erkundigungen darüber eingezogen, wer mit dem Kranken in der letzten Zeit verkehrt hatte, und die Häuser der betreffenden Menschen ebenfalls aus dem Verkehr ausgeschlossen. Die Kranken wurden unter militärischer Bedeckung ins Hospital befördert, die Verdächtigen in die Quarantäne. Die besseren Häuser wurden nach der Evakuierung gründlich geräuchert und gelüftet, die Wände mit Kalk bestrichen, wertlose und baufällige Häuser wurden verbrannt und die Eigentümer aus der Staatskasse entschädigt. Die Ortschaften, wo die Pest herrschte, waren mit einem doppelten Kordon umzingelt. Aufseher und Arzt verblieben in dem von der Pest heimgesuchten Ort, bis die Epidemie abgelaufen war. Wenn nach der letzten Erkrankung 3 Wochen ohne weitere Erkrankungen vergangen waren, so mussten alle Einwohner sich gründlich waschen, und in der vierten Woche wurde der Ort für pestfrei erklärt. Im Gouvernement bestand eine Pestkommission, die ihren Wohnsitz je nach Bedarf wechselte. Sie hatte dafür zu sorgen, dass der zernierte Rayon hinreichend mit Nahrungsmitteln und überhaupt mit allem notwendigen versorgt wurde. Die Pesthospitäler waren streng von der Aussenwelt geschieden. In ihrer Nähe befanden sich die Quarantänehäuser für die verdächtigen Personen. Sobald sich bei den in der Quarantäne Internierten pestverdächtige Symptome zeigten, wurden sie ins Hospital übergeführt. Als Diener, Totengräber und Leichenführer wurden anfangs „pestverdächtige" Personen angestellt, da sie aber meist an der Pest erkrankten, so wurden später hierzu solche Personen genommen, die die Pest überstanden hatten.

Am Ende des XVIII. Jahrhunderts wurden die ersten Quarantäneanstalten an den Küsten eingerichtet und zwar auf der Insel Seskar bei Kronstadt, in Taganrog, Otschakow und Feodosia. Alle Kriegs- und Kauffarteischiffe, die aus verdächtigen Gegenden kamen, mussten hier eine Observationszeit durchmachen. Die Präventivmassregeln beschränkten sich nicht nur auf die Pest, sondern waren für alle ansteckenden Krankheiten vorgesehen: für das sogen. hitzige Fieber mit Flecken, blutigen Durchfall und andere.

Das Jahr 1800 brachte ein allgemeines Reglement inbezug auf das Quarantänewesen. Die Zahl der Quarantäneanstalten an den Landgrenzen und in Hafenstädten wurde bedeutend vergrössert. Der Erlass des neuen Gesetzes wurde mit den Worten eingeleitet: „die Gründug von Quarantäneanstalten in den Häfen und an den Landgrenzen ist eines der zuverlässigsten Mittel, das Reich von der drohenden Gefahr der Pesteinschleppung zu befreien und die Ruhe und Wohlfahrt der Menschen zu gewährleisten" [7]). Von den Aerzten, die an den Quarantänen angestellt werden, wurde vor allen Dingen gründliche Kenntnis der „Eigenschaften und Wirkung" der Pest verlangt [8]).

Die Pestepidemien, die Russland im XIX. Jahrhundert heimsuchten, waren meist nur lokalisierte Epidemien und erforderten keine besonders umfassenden Sperrmassregeln. Im Anfang des Jahrhunderts waren diese gegen den Kaukasus gerichtet, wo die Pest recht lange herrschte. Bei dieser Gelegenheit erfahren wir zum ersten Mal — im Jahre 1805 — von der Desinfektion der Sachen durch Chlordämpfe nach der Angabe des englischen Arztes Crighton. Die Waaren wurden nach ihrer Empfänglichkeit für das Pestvirus in Kategorien geteilt und einer mehr oder weniger intensiven Wirkung des Chlors ausgesetzt, welches in der Weise gewonnen wurde, dass ein Gemisch von NaCl, HCl und H_2SO_4 in einem Tongeschirr über Feuer in einem geschlossenen Raum aufgestellt wurde, in welchem die zu desinfizierenden Sachen an Stangen aufgehängt waren. Gegenstände, die die Behandlung mit Cl nicht vertrugen, wurden durch Wärme oder Wasserdampf desinfiziert. Metallsachen mussten mit Seife gewaschen, Kleider und Effekten derjenigen, die die Waaren führten, mussten mit Zusatz von HCl gewaschen werden, während sie selbst nackt wiederholt der Wirkung schwacher Chlordämpfe ausgesetzt wurden.

Für die persönliche Prophylaxis der Aerzte wurde empfohlen, gleich beim Betreten des Zimmers, wo ein Pestkranker lag, dasselbe mit Dämpfen der Salzsäure (vapores acidi oxymuriatici) zu durchräuchern, den Kranken mit Wachsleinhandschuhen zu untersuchen und später die Hände mit Kampferessig oder Salzwasser zu waschen. Auch wurde geraten, einen mit Essig getränkten Schwamm unter der Nase zu halten, Tabak zu schnupfen und den Speichel nicht herunterzuschlucken, sondern auszuspeien. Ausserdem sollte der Arzt vor dem Betreten des Krankenzimmers die Stiefelsohlen mit Naphta oder Essig einreiben und beim Verlassen des Zimmers sie wieder abwischen. Zu Hause angekommen, musste er sich mit Essig waschen und seine Kleider in einem besonderen Schrank desinfizieren und später auslüften. Die Hospitaldiener mussten Anzüge aus Wachsleinwand, die mit Naphta durchtränkt waren, und ebensolche Kapuzen und Fausthandschuhe tragen. Zwei Mal täglich mussten sie sich mit Essig oder Salzwasser waschen und innerlich

---

[6]) Samoilowicz. Mémoire sur la peste. Paris 1783 und derselbe, Mémoire sur l'inoculation de la peste Strassbourg, 1782.

[7]) Polnoje Sobranije Sakonow I, Bd. XXVI, Nr. 19476.

[8]) Ebenda.

aromatischen Essig einnehmen. Dieselben Massregeln waren für die Totengräber und Wäscherinnen vorgeschrieben.

Hervorzuheben wären die ausserordentlichen Massregeln, die 1812 gegen die Pest in Odessa getroffen wurden, als die Krankheit trotz der üblichen Massregeln nicht weichen wollte. Den Einwohnern wurde eine Frist gegeben, damit sie sich mit Lebensmitteln versorgten, dann wurden sämmtliche Häuser auf Befehl des Statthalters, des Herzogs v. Richelieu, geschlossen, und Niemand ausser Aerzten, Hebammen und Priestern, durfte das Haus ohne besondere Erlaubnis des Herzogs verlassen. Uebrigens war es den Einwohnern gestattet, die Stadt zu verlassen und sich in eine von den temporären Quarantäneanstalten, die ausserhalb der Stadt errichtet waren, zu begeben, was viele auch taten. Zur Versorgung der in den Häusern eingeschlossenen Städter mit Lebensmitteln fuhren unter polizeilicher Aufsicht Händler durch die Strassen, die ihre Waare vor den Haustüren in besondere Behälter legten, von wo es die Einwohner dann herausnahmen. Das Papiergeld musste geräuchert, Silber und Kupfermünzen in Essig gereinigt werden. Hunde und Katzen galten, wie auch in früheren Zeiten, als gefährliche Vermittler der Ansteckung und wurden deswegen erschlagen. Die Effekten der pestkranken und pestverdächtigen Personen wurden verbrannt und ihr Wert den Eigentümern aus der Staatskasse vergütet. Zur Beförderung der Kranken und der Leichen wurden zum Tode verurteilte Verbrecher, später auch andere Sträflinge verwendet, die in besonderen Anzügen aus Wachstuch ihre Arbeit verrichteten.

Trotz aller Vorsichtsmassregeln verbreitete sich aber die Pest von Odessa aus in einige umliegende Ortschaften, wo ähnliche strenge Massregeln ergriffen wurden. Wahrscheinlich war die Verschleppung um eine Zeit geschehen, wo die wahre Natur der Krankheit noch nicht erkannt und der Verkehr ungehindert war. Nach dem Erlöschen der Epidemie wurden alle Einwohner Odessas von Aerzten untersucht, die Häuser desinfiziert und, da alle Einwohner gesund befunden wurden, wurde der Verkehr in der Stadt wieder eröffnet.

Die Pestepidemien der folgenden Jahre brachten keine wesentliche Veränderung in die bisher üblichen Schutzmassregeln hinein, abgesehen von einigen Ergänzungen, die zu den zur Bekämpfung der Epidemien schon erlassenen Grundgesetzen von Zeit zu Zeit gemacht wurden. Wenn es trotz der rigorosesten und bestgemeinten Vorschriften nicht gelang, der Seuche Herr zu werden, so lag es teilweise daran, dass die Natur der Krankheit häufig zu spät erkannt und die Massregeln daher nicht rechtzeitig getroffen wurden, teils daran, dass sie nicht mit der genügenden Gewissenhaftigkeit durchgeführt wurden. Uebertretungen der Seuchengesetze und überhaupt aller sanitätspolizeilichen Verordnungen kamen zu allen Zeiten vor, und zwar sowohl seitens der Beamten als seitens der Bevölkerung. Beispiele von Bestechung und allerhand Durchstechereien finden sich zur Genüge, wenn wir die „Vollständige Sammlung der Gesetze des russischen Reiches“ — Polnoje Ssobranije Sakonow Rossijskoi Imperii — durchmustern, die für die Geschichte der Medizin in Russland ein so reiches, aber leider bisher fast unbenutztes Material enthält.

Im Jahre 1823 tritt zuerst in Russland und damit zugleich auch zum ersten Mal in Europa eine neue Seuche auf: die Cholera. Die erste Epidemie bleibt nur auf einen Teil des Kaukasus und des Astrachanschen Gouvernements beschränkt, doch bei ihrem zweiten Auftreten — im Jahre 1829 — nimmt sie schon grössere Dimensionen an, verbreitet sich aus Orenburg, wo sie zuerst ausbricht, fast über ganz Russland und überzieht 1830 und in den folgenden Jahren Westeuropa, indem sie überall ungeheure Verheerungen anrichtet und einen ebensolchen Schrecken unter den Völkern hervorruft, wie in früheren Jahrhunderten die Pest. Anfangs schwanken die Aerzte, ob sie die neue Krankheit, die sie als eine epidemische anerkennen, auch für ansteckend erklären und dementsprechend Sperr- und andere Massregeln wie bei der Pest anraten sollen. Für und wider die Contagiosität werden von den Vertretern der einen wie der anderen Meinung Tatsachen angeführt, doch allmählig siegen die Contagionisten, zu deren Gunsten die Beobachtung spricht, dass die Cholera, wie die Pest und die anderen ansteckenden Krankheiten, in ihrer Verbreitung den Verkehrsstrassen folgt, und es werden zur Bekämpfung der neuen Seuche dieselben Massregeln getroffen, die sich gegen die Pest bewährt hatten. Nur wird hier sehr bald von den Aerzten die Ergänzung spezieller diaetetischer Vorschriften gemacht. Die Beobachtung, dass im Anschluss an den Genuss von rohem Obst, Trinkwasser und Nahrungsmitteln von zweifelhafter Qualität die Cholera auftritt, die sich ja gegenüber der Pest durch so prägnante Symptome manifestiert, weist den Weg zur Ergreifung von Massregeln auch zur persönlichen Prophylaxis.

Nun gab es 2 Seuchen, die Russland bedrohten und von Zeit zu Zeit auch tatsächlich überzogen. Und zwar bildet die Cholera von 1830 bis 1838 und dann von 1847 bis 1872 eine ganze Kette weitausgebreiteter Epidemien, die auch nach Westeuropa übergreifen, während die Pestausbrüche immer seltener werden und ihr Verheerungsgebiet sich immer mehr einschränkt.

Aber auch die Mittel zur Bekämpfung der Seuchen mehren sich. Die Erkenntnis des Wesens der Krankheiten macht Fortschritte, auf die ich hier nicht einzugehen brauche, da Ihnen allen der Entwickelungsgang der Medizin seit den 40-ger Jahren, seit dem Aufblühen der pathologischen Anatomie wohl bekannt ist. Und wenn auch in Russland keine selbständige Entwickelung der medizinischen Wissenschaft vor sich ging, vielmehr nur die neuen Errungenschaften derselben aus dem Westen importiert wurden, so wusste man doch auch hier die Fortschritte der Wissenschaft praktisch zu verwerten. Nachdem der englische Arzt Henry experimentell bewiesen hatte, dass durch Erhitzen von Effekten der Kranken auf 45° im Laufe von 2 Stunden der Ansteckungsstoff der Pocken, des Typhus und anderer kontagiösen Krankheiten vernichtet werden kann, wies Bulard die Aufmerksamkeit der Regierungen Europas auf dieses Mittel zur Vernichtung des Pestkontagiums. Sein Vorschlag fand anfangs nirgends Gehör, nur der Graf Woronzoff, Generalgouverneur von Neurussland und Bessarabien, einer von den seltenen aufgeklärten Generalgouverneuren, zeigte sich bereit, die Sache experimentell prüfen zu lassen. Dieser Umstand machte auch die internationale Pestkommission, die 1843 nach Egypten gesandt war und zu der auch russische Aerzte als Vertreter gehörten, geneigt, das Experiment vorzunehmen. Effekten von Pestkranken, auf 50—60° im Laufe von 48 Stunden erwärmt, erwiesen sich als nicht mehr ansteckungsgefährlich. Eine Wiederholung des Versuches in demselben Jahre in Odessa ergab dasselbe Resultat: die Personen, die die so behandelten Kleidungsstücke von Pestkranken anzogen, blieben gesund. Damit war ein neues Mittel zur Vernichtung des Pestvirus gefunden. Leider geriet es nur zu bald in Vergessenheit und erst in der bakteriologischen Aera kam es von neuem zur Geltung.

Eine traurige Episode in der Geschichte der Seuchen bildet die Pestepidemie im Astrachanschen Gouvernement und speziell in Wetljanka im Jahre 1878, die nie die grossen Dimensionen erreicht hätte, wenn die Krankheit von Anfang an richtig erkannt und rechtzeitig

Mittel zu ihrer Einschränkung ergriffen worden wären. Bureaukratische Indifferenz und Indolenz waren die Ursachen des starken Umsichgreifens der Seuche. Als die ersten Massregeln gegen die Epidemie getroffen wurden, war sie schon im Abnehmen, das Virus schon abgeschwächt, — und als der mit ausserordentlichen Vollmachten ausgestattete Graf Loris Melikoff ins Astrachansche Gouvernement mit einem Stabe von Aerzten und Beamten kam, war die Epidemie schon erloschen, wenn auch ein paar sporadische Erkrankungen noch vorkamen. Der grosse Apparat, der nun zur Bekämpfung der Seuche ins Werk gesetzt wurde, war eigentlich schon überflüssig, und nur die allgemeinen sanitären Massregeln hatten einen gewissen Wert. Die Umzingelung der einzelnen Ortschaften, wo die Pest geherrscht hatte, und der beiden Kreise, zu denen sie gehörten, wurde trotz Erlöschens der Epidemie durchgeführt, und sogar um das ganze Gouvernement Astrachan wurde ein militärischer Kordon gezogen. An dem nördlichen und südlichen Endpunkt des Kordons, der die beiden Kreise gemeinsam umschloss, waren temporäre Quarantäne-Stationen eingerichtet, wo diejenigen, welche das Gebiet verlassen wollten, eine 10-tägige Observationszeit durchmachen mussten. Die Umzingelung Wetljankas dauerte 42 Tage. Als keine Erkrankungen mehr stattfanden, wurden alle Einwohner des Dorfes untersucht und diejenigen, die noch Drüsenschwellungen aufwiesen, in einem besonderen Zeltlager untergebracht. Nachdem auch sie genesen waren, wurden alle Kordons aufgehoben.

Bis zu den 90-ger Jahren des XIX. Jahrhunderts blieb Russland von grösseren Epidemien verschont, abgesehen von stellenweise epidemisch auftretendem Typhus abdominalis und exanthematicus, begrenzten Scharlach-, Masern-, Pocken- und Diphtherie-Epidemien.

Nachdem das Jahr 1891 mit einer Misernte abgeschlossen, begann das Jahr 1892 mit einer Hungersnot, — der ersten in der neueren Zeit, an die sich seitdem eine ganze Reihe von Hungerjahren angeschlossen hat. Im Anschluss an die Hungersnot trat in mehreren östlichen Gouvernements der Skorbut epidemisch auf, und im Frühjahr desselben Jahres brach eine Choleraepidemie aus, wie sie seit einem Menschenalter nicht mehr gesehen war. Die Epidemie dauerte stellenweise auch 1893 noch fort, und auch während der Jahre 1894 und 1895 herrschte die Krankheit an einigen Orten, ohne dass es jedoch zu grösseren Epidemien kam. Ebenso blieben die Choleraausbrüche der Jahre 1905 bis 1907 mehr oder weniger lokalisiert.

Auch die Pest trat zu Ende des XIX. Jahrhunderts und zu Anfang des XX. wiederholt in Russland auf, aber immer nur in einem eng begrenzten Gebiet. Inzwischen waren aber auch die Mittel zur Bekämpfung der Seuchen ganz andere geworden als ehedem.

Die Entdeckung des Cholerabazillus durch Koch 1884 und die 10 Jahre später erfolgte Entdeckung des Pestbazillus durch Yersin und Kitasato — unabhängig von einander — machte die frühzeitige und sichere Diagnose dieser Krankheiten möglich, und hierdurch änderte sich das ganze Vorgehen gegen dieselben.

Die Hauptaufgabe der Medizin ist nun, die ersten Erkrankungen sofort richtig zu erkennen, und ist das geschehen, so besteht die nächste Aufgabe in der vollständigen Isolierung der Kranken und auch der Verdächtigen. Freilich kann es auch heutzutage geschehen, wie es auch vor 1901 wiederholt geschah, dass die Aufmerksamkeit der Aerzte und Behörden erst dann auf die Krankheit gelenkt wird, wenn sich die Krankheitsfälle mehren, und dann ist es schon schwerer, Massregeln gegen die Weiterverbreitung der Krankheit zu treffen, wenn sich schon mehrere Herde gebildet haben, von wo die Epidemie nach verschiedenen Richtungen ausstrahlen kann. Aber aus den letzten Jahren giebt es Beispiele, dass gleich die erste Erkrankung an der Pest richtig diagnostiziert wurde und die sofortige Ergreifung aller Massregeln gegen eine Verschleppung des Krankheitsstoffes möglich machte. So blieb es 1901 in Odessa nur bei 2 Pestfällen und auch 1902 wurde gleich der erste Fall in Batum wie in Odessa richtig erkannt. Allerdings erfolgten in Odessa 1902 noch weitere 48 Erkrankungen, aber was wollen solche geringe Zahlen sagen bei einer Stadt wie Odessa, mit mehr als 400,000 Einwohnern. Und auch die Mortalität war 1902 eine geringe, sie betrug nur 36,7 pCt. Auch im vergangenen Sommer wurde die erste und einzige Erkrankung an Pest auf einem Dampfschiff in Odessa sofort diagnostiziert, und zu weiteren Erkrankungen kam es nicht.

Während der letzten Pestepidemien am Schluss des XIX. Jahrhunderts in Zentralasien und im Astrachanschen Gouvernement kamen Sperrmassregeln noch in Anwendung, aber weder während der Choleraepidemien der 90-er Jahre noch bei den Pestausbrüchen in Batum und Odessa war von Sperren die Rede.

Die Massregeln gegen die Epidemien bestanden in den letzten Jahren nur in folgendem: 1) Isolierung der Kranken, — wenn nötig, Internierung derselben in einem speziellen Hospital: 2) eventuelle Evakuierung der Insassen eines infizierten Hauses, Unterbringung derselben in speziellen Häusern und beständige Beobachtung derselben durch Aerzte; 3) Unschädlichmachung der Se- und Exkrete der Kranken; 4) Anwendung der Schutzimpfung, die in Russland wiederholt sehr gute Resultate ergeben hat; 5) sorgfältige und gründliche Desinfektion der Krankheitsherde; 6) Energisches Vorgehen zur Vernichtung der Ratten, als gefährlicher Pestvermittler; 7) strenge Ueberwachung des Verkehrs der Einwohner der infizierten Ortschaft mit der Aussenwelt, ohne Absperrung; 8) Einrichtung von Quarantänen, mit einer Observationszeit, die der Inkubationsdauer der Krankheit entspricht; 9) strenge Einhaltung aller allgemeinen Regeln der öffentlichen Hygiene. Zu diesen Mitteln, die sich während der letzten Epidemien durchaus bewährt haben, kämen als Präventivmassregeln im weiteren Sinne noch hinzu: ständige Ueberwachung des Verkehrs mit Ortschaften, wo Pest und Cholera endemisch herrschen, wobei für Russland speziell eine strenge Kontrolle der mohamedanischen Pilger in Frage kommt, ferner: Ausbildung eines für den Fall des Ausbruchs einer Epidemie speziell geschulten medizinischen Personals und endlich: gründliche Erforschung der Herde, wo diese Krankheiten endemisch herrschen, wobei auf dem Wege einer internationalen Vereinbarung die Massregeln auszuarbeiten wären, um solche Herde zu vernichten.

In diesen wenigen Punkten lassen sich die Abwehrmassregeln gegen die epidemischen Krankheiten formulieren, aber einer wie langen Zeit hat es bedurft, wie viele Opfer musste die Menschheit bringen, ehe diese scheinbar einfachen Mittel gefunden wurden, und wie kompliziert und verschlungen waren die Wege, auf denen man vorging, um diese Mittel zu finden. Was man in früheren Jahrhunderten auch unternehmen mochte, um dem Wüten der Seuchen Einhalt zu tun, nichts half, oder half nur zu einem geringen Teil. So lange man den Feind nicht sah, half auch kein Kampf gegen ihn; so lange das Wesen der Krankheit unbekannt und unbegreiflich war, war nichts gegen sie auszurichten. Als aber die Ursache der Krankheit offenbar wurde, da ward auch die Art des Vorgehens gegen sie klar. Der forschende menschliche Geist hatte in langer, mühevoller Entwickelung die Höhe erreicht, die

nötig war, um die Erkenntnis der Krankheit an sich zu erfassen und in der objektiven Betrachtung und Erforschung der Natur sich zur Freiheit durchgerungen von allerlei Wahnideen, Aberglauben und Vorurteilen, die als ein Erbteil früherer, auf einer niedrigeren Entwickelungsstufe stehender Generationen, als eine Art Atavismus, nachgeblieben waren. Wenn es mir gelungen sein sollte, diesen Entwickelungsgang der menschlichen Idee durch das Beispiel des Verhaltens des Menschen gegenüber epidemischen Krankheiten einigermassen anschaulich gemacht und damit zugleich auch die Bedeutung der Geschichte der Medizin klargelegt zu haben, so wäre mein Ziel erreicht.

Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Röntgenstrahlen.

Von

Dr. O. v. Dehn-Reval.

Vortrag, gehalten auf dem IV. estländischen Aerztetage in Reval im November 1907.

Die Bedeutung der Röntgenstrahlen als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel ist eine eminent grosse geworden und befindet sich noch jetzt in stetem Wachstum. Aus diesem Grunde hat mein Chef, Dr. Greiffenhagen, mich veranlasst, dieses Gebiet im Auslande genauer zu studieren und das Röntgenkabinet an der Revaler Privat-Klinik zu vervollständigen. Diese neuen Einrichtungen sind erst jüngeren Datums, daher steht uns ein nur kleines Material zur Verfügung, und ich bin gezwungen, im Folgenden hauptsächlich darüber zu berichten, was ich in Wien unter Dozent Holzknechts und Dr. Schwarzs Anleitung gesehen und gelernt habe.

Der grosse Wert einer Durchleuchtung zum Nachweis einer Fraktur oder Luxation, beim Auffinden eines metallenen Fremdkörpers, beim Erkennen der verschiedenen Knochendeformitäten ist so allbekannt, dass ich nur kurz darauf hinweisen möchte, dass wir durch die Röntgenstrahlen eine Art Frakturen kennen gelernt haben, die früher garnicht diagnostiziert werden konnten. Ich meine die Brüche der Kompakta allein, ohne Kontinuitätstrennung des Knochens als Ganzes. Mit den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden lässt sich in solchen Fällen nichts nachweisen. Da die Kranken, ohne merkliche Veränderungen aufzuweisen, über Schmerzen klagen, hielt man sie nicht selten für Simulanten. (Bei der Beurteilung solcher Fälle darf man sich nie auf eine Durchleuchtung verlassen, nur das viel exaktere Bild der photographischen Platte kann hier entscheiden). Beim Durchleuchten aus verschiedenen Richtungen können wir die Lage eines metallenen, oder überhaupt spezifisch schweren, Fremdkörpers mathematisch genau bestimmen, wodurch seine Extraktion wesentlich erleichtert wird.

Die Röntgenstrahlen gewähren uns auch einen Einblick in die feinere Struktur der Knochen. Rarefikationen, Erweichungsherde, Wucherungen werden leicht erkannt, das verhilft uns aber zur Diagnose der verschiedenen Krankheiten. (Auch hierbei muss immer die photographische Platte zu Rate gezogen werden, da das Schirmbild zu wenig Détails bietet). So z. B. sehen Sie an diesem Humerus die für Lues charakteristischen Verdickungen mit einer deutlichen Zunahme des Kalkgehaltes, die zu einer diffusen Verdichtung des Knochenschattens geführt hat. Mehr umschriebene Verdickungen mit dazwischen gelegenen Erweichungsherden und Sequestern sprechen für Osteomyelitis. Stark ausgesprochene Rarefikation, bei der die Zwischenräume zwischen den Knochenbälkchen erweitert sind, wie Sie es hier an den Karpalknochen sehen, besonders am Os lunatum, sprechen für Tuberkulose. Bei posttraumatischer Knochenatrophie und Artritis gonorrhoïca bemerken wir nur eine Abnahme des Kalkgehaltes, die sich durch eine Aufhellung des Knochenschattens kundgiebt, ohne Formveränderung, ohne Strukturveränderung im oben genannten Sinn. Ausserdem kann eine Osteoporosis als Symptom eines schweren Nervenleidens angetroffen werden und die Diagnose eines solchen erleichtern. Insbesondere gilt das von Veränderungen der Wirbel.

Bei Schädelaufnahmen können kalkhaltige Gehirntumoren erkannt werden, ebenso Verdünnungen der Schädelknochen, die durch Weichteilgeschwülste bedingt sind. Bei Akromegalie gelingt es zuweilen, eine Erweiterung der Sella turcica nachzuweisen.

Krankhafte Veränderungen der Weichteile können wir nur dann nachweisen, wenn sie mit einer Vergrösserung resp. Verringerung des Luftgehaltes oder mit Kalkablagerungen verbunden sind.

In erster Linie gilt das von den Lungen. Auf diesem Bilde sehen Sie einen nur angedeuteten Schatten über der einen Spitze. Von beiden Seiten des Herzens sind deutliche Verdunkelungen wahrnehmbar, links mehr ausgesprochen als rechts. Dieser Schatten entspricht dem Lungenhilus, seine Intumescenz ist durch vergrösserte peribronchiale Drüsen bedingt, eine solche lässt sich hier sogar vereinzelt nachweisen. Von diesem Schatten geht eine eigenartige Zeichnung über die ganze Lunge, sie entspricht den Verästelungen der Bronchien und Gefässe und nimmt normalerweise peripheriewärts ab. Hier sehen wir es anders, es sind im Gegenteil deutlich wahrnehmbare fleckige Verdunkelungen, die Verdichtungsherden entsprechen, in der Peripherie zu sehen. Dies alles sind wertvolle Frühsymptome der Phthisis, die perkutorisch kaum nachzuweisen sind. Es besteht ja sogar die Ansicht, dass die peribronchialen Drüsen die Eingangspforte der Tuberkulose bilden, die Frühdiagnose ihrer Läsion ist daher besonders wichtig. Ein anderes Frühsymptom der bazillären Pneumonie, das Williamssche Phänomen, bestehend im Zurückbleiben der einen Zwerchfellhälfte bei den Atmungsexkursionen, tritt bei der Durchleuchtung deutlich zu Tage.

Der Herzschatten, wie Sie ihn auf diesem Bilde gesehen haben, giebt uns sicheren Aufschluss über etwaige Formveränderungen dieses Organs, nicht über seine Grösse, da die divergierenden Strahlen eine Erweiterung vortäuschen. Markieren wir den zentralen Strahl durch ein Bleikreuz und bewegen die Röhre mit demselben in einer dem Leuchtschirm parallelen Ebene derart, dass die Kreuzungsstelle die Herzgrenze umschreibt, so können wir die Figur des Herzens in seiner wahren Grösse nachzeichnen und die einzelnen Durchmesser in Zentimetern angeben. Die auf diese Weise orthodiagraphisch festgestellte Herzgrösse entspricht ungefähr der relativen Herzdämpfung. Besonderen Wert hat diese Methode bei Lungenemphysem, bei dem die Herzgrösse perkutorisch nicht festgestellt werden kann.

Vom Magen sieht man in gewöhnlichen Verhältnissen nur eine in der Cardia gelegene Luftblase. Wird der Magen künstlich aufgebläht, so kann man ihn als lufthaltiges Organ erkennen. Besser, weil weniger beschwerlich für den Kranken, ist die Untersuchung mit der Bismutmahlzeit. Es ist ein Brei in den bis 50,0 pro dosi chemisch reines Bismutum subnitricum verrieben wird. Den isst der Patient während der Untersuchung. Steht er seitlich, so kann man den Durchtritt der Speise durch den Oesophagus verfolgen, eventuell einen

Divertikel oder eine Stenose nachweisen. Im Magen angelangt, lässt der für Röntgenstrahlen nicht durchlässige Brei die Form dieses Organs erkennen. So können wir eine Formveränderung, Dilatation oder Ptose nachweisen und die Lage eines palpablen Tumors bestimmen. Auch peristaltische Bewegungen sind zu sehen, die uns zu einem sicheren Schluss über die Motilität dieses Organs gelangen lassen.

Solche Untersuchungen haben ergeben, dass der normale Magen nahezu vertikal liegt, den höchsten Punkt bildet die Cardia, den tiefsten der Pylorus. Durch Bismuthaltige Einläufe kann auch das Colon sichtbar gemacht werden. (Dasselbe erreicht man, wenn man den Patienten 4—20 Stunden nach der Bismutdarreichung per os untersucht). Blasensteine können auf der photographischen Platte in der Regel gut dargestellt werden, Nierensteine weniger, am schwersten ist der Nachweis der Gallensteine. Dieses erklärt sich einerseits aus der verschiedenen Beschaffenheit der Steine, andrerseits aus ihrer verschiedenen Lage, besonders soll die Galle den Nachweis erschweren.

Die Röntgentherapie ist bedeutend später bekannt geworden als die diagnostische Anwendung der Strahlen. Erst wurde man auf ihre Schädlichkeiten aufmerksam, und die bewirkten, dass man an eine Heilwirkung dachte. Das Röntgenlicht ruft auf der gesunden Haut eine eigenartige Reaktion hervor; der geringste Grad derselben ist nur an den Folgen — Desquamation und Epilation mit Ausgang ad integrum — erkenntlich. Der höchste Grad führt zu schweren Entzündungen mit Blasenbildung und nachfolgender Nekrose und Vernarbung. Ausser diesen groben Veränderungen geht eine feinere Läsion der Zellen vor, durch die deren Wachstum gehemmt wird. Am stärksten wird zellenreiches, wachsendes Gewebe betroffen, also Epithel mehr als Bindegewebe, ein wachsender Tumor mehr als seine Umgebung, jugendliches Gewebe mehr als ausgewachsenes. Die Tätigkeit der Keimdrüsen wird besonders stark beeinflusst, fortgesetzte Bestrahlungen derselben führen zur Sterilität. Die Wirkung tritt nicht sofort ein, sondern erst nach einer Latenzzeit, die bei grossen Dosen einige Tage, bei kleinen circa 3 Wochen beträgt, dabei neigt sie zur Cumulation. Daraus ergiebt sich nun die Indikation: 1) Bei Hautkrankheiten, die eine Epilation erfordern, haben wir im Röntgenlicht ein schmerzloses und sicher wirkendes Mittel. 2) Bei Wucherungen der Haut, Ulcus rodens etc. 3) Bei Lupus, Mycosis fungoides, Dermatomycosis cystica, Acne, Scrophuloderma, Psoriasis. In leichten Fällen der Alopecia areata soll das Röntgenlicht eine vollständige Heilung bewirken. Da wir gerade bei den Hautkrankheiten sind, kann ich nicht umhin, von den schönen Erfolgen zu erzählen, die ich bei der Röntgenbehandlung der Lepra in Manila gesehen habe. In drei Fällen soll vollständige Heilung eingetreten sein.

Auch bei einigen inneren Leiden leistet die Röntgentherapie vorzügliches, so kann die Basedowsche Krankheit mit gutem Erfolg behandelt werden. Die Herzerscheinungen, Schweissausbrüche, Durchfälle, nervösen Erscheinungen gehen nach wenigen Bestrahlungen der Struma zurück, das Körpergewicht nimmt schnell zu; am hartnäckigsten verhalten sich der Exophthalmus und die Struma, doch auch sie weichen allmählich. Bei der Leukämie kann man eine Verkleinerung der Milz und Lymphdrüsen erreichen, auch die Beschaffenheit des Blutes nähert sich der Norm und das Allgemeinbefinden bessert sich.

Bei Karzinomen kann eine Heilwirkung nicht erreicht werden, wohl aber palliative Hilfe: Linderung der Schmerzen und Sistierung der Jauchung. Dasselbe gilt von Sarkomen, nur das hier in einzelnen Fällen ein schnelles Zurückgehen, sogar Schwinden der Geschwülste beobachtet wird. Am günstigsten verhalten sich die Tumoren des Mediastinums und der Lunge. Nicht selten gelingt es, auch eine Verkleinerung der pseudoleukämischen und tuberkulösen Drüsenschwellungen zu erreichen.

Da das Röntgenlicht ein nichts weniger als indifferentes Agens ist, muss es mit grosser Vorsicht gehandhabt werden. Die nicht zu bestrahlenden Körperteile werden abgedeckt (am besten mit bleihaltigen Stoffen, die das Röntgenlicht absorbieren). Die verabfolgte Lichtmenge wird sorgfältig dosiert. Letzterem Zweck dienen besonders konstruierte Radiometer. Der bei uns angewandte Fällungsradiometer des Dr. Gottwald Schwarz beruht auf der Eigentümlichkeit einer Sublimatlösung in Ammoniumoxalat unter Einfluss der X-Strahlen Calomel auszuscheiden. Die wasserhelle Flüssigkeit trübt sich dadurch, und am Grade der Trübung sehen wir, wieviel Licht zur Wirkung gekommen ist. Zum Vergleich dient diese Scala. Eine Epruvette mit der Lösung wird vor der Röhre angebracht, die Bestrahlung alle 5 Minuten unterbrochen und die Epruvette in die Scala eingestellt. Die Trübung № 2 bedeutet eine Quantität Licht, die eine Minimalreaktion in der Haut des Gesichtes bei einem gesunden Mann hervorruft. Ueberschreiten wir diesen Grad nicht, so sind wir sicher, die Haut nicht zu schädigen. An weniger empfindlichen Körperteilen können auch grössere Dosen schadlos verabfolgt werden. Es besteht die Neigung, die Behandlung in wenigen Seancen mit möglichst grossen einmaligen Dosen und grossen Abständen zwischen je zwei Bestrahlungen desselben Körperteils vorzunehmen. Dadurch schützen wir den Kranken vor etwaigen Folgen einer Cumulation.

Zum Schluss bitte ich diejenigen der Herrn, die sich dafür interessieren, unser Röntgen-Kabinet zu besuchen und sich die Durchleuchtungen und Bestrahlungen anzusehen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M. Saenger: Ueber Asthmabehandlung. Dritte Auflage. Albert Rathke. Magdeburg. 1907. 20 Seiten und 2 Beilagen mit Abbildungen.

Die kleine Broschüre enthält eine weitere Ausführung der vom Verfasser früher in der Münchener med. Wochenschrift geschilderten und seitdem vielfach von ihm in der Praxis angewandten Behandlungsmethode des Asthmas, die im wesentlichen darin besteht, den Kranken die gewöhnliche, fehlerhafte Atmung ab- und eine neue, richtige anzugewöhnen. Während des Asthmaanfalles hat der Kranke, von der Empfindung, dass er an Luft zu kurz kommt, geplagt, das Bestreben, möglichst viel Luft einzuatmen, ohne der Einatmung eine entsprechende Ausatmung folgen zu lassen. Hierdurch verschlimmert er aber seinen Zustand, indem er zu der in den geblähten Lungen bereits enthaltenen und z. T. schon verbrauchten Luft eine neue Luftmenge hineinpumpt, die wieder nicht gehörig ausgeatmet, mit CO_2 überladen wird und den Druck innerhalb des Thorax erhöht, wodurch die Atemnot wieder gesteigert wird. Um dem abzuhelfen, empfiehlt der Verf., die Kranken eine Zeitlang so atmen zu lassen, «dass die Ausatmung nicht an Stärke, wohl aber an Dauer die Einatmung übertrifft». Zur Regelung dieser Lungengymnastik lässt man die Kranken während der Ausatmung bis zu einer gewissen Zahl zählen und dann eine Einatmung machen. Allmählich wird die Dauer der Ausatmung gesteigert. Zweckmässig ist es, die Kranken in der anfallsfreien Zeit diese Lungengymnastik üben zu lassen, damit sie während des Anfalls nicht in den gewöhnlichen Fehler verfallen. Verfasser giebt zu, dass zur praktischen Durchführung dieser Methode viel Uebung und Geschick und auch nicht wenig Energie sowohl von Seiten des Arztes als auch des Patienten gehört, behauptet aber, mit ihr gute Erfolge erzielt zu haben. Wer sich mit der Methode eingehend vertraut machen will,

dem sei die flott geschriebene Saenger'sche Abhandlung zum Lesen empfohlen. Bewährt sich diese Behandlungsart des Asthmas, so wäre das ein grosser Vorteil für die Kranken, die dann vielleicht der so zahlreichen und häufig so emphatisch empfohlenen, aber leider meist wertlosen pharmazeutischen Palliativmittel entraten könnten.

Fr. Dörbeck.

Schridde, H. Die Entwickelungsgeschichte des menschlichen Speiseröhrenepitheles und ihre Bedeutung für die Metaplasielehre. Mit 23 Abbildungen auf den Tafeln I/VI. (Aus dem anatomischen Institute zu Marburg und dem pathologischen Institut zu Freiburg i. Br.). Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1907.

Diese aus zwei Instituten hervorgegangene Schrift giebt uns zunächst ein reiches Material zur Kenntniss der Entwickelung des Epithels der Speiseröhre bei menschlichen Embryonen, aus dem wir ersehen, dass das ursprüngliche einreihige entodermale Epithel in ein zweischichtiges aus hohen Zylinderzellen bestehendes übergeht; in diesem treten Flimmerzellen auf, die eine vorübergehende Bildung darstellen und endlich in der basalen Schicht Faserzellen Platz machen, die langsam alle übrigen Elemente verdrängen. Dann treten auch die Interzellularbrücken und Interzellularräume auf, bis es endlich gegen Ende des embryonalen Lebens zur Keratohyalinbildung kommt. Verf. fasst seine Beobachtungen kurz so zusammen: wir sehen also, dass die entodermale Zelle des Oesophagus befähigt ist, nach fünf verschiedene Richtungen hin Elemente mit scharf differenten morphologischen Charakteren hervorzubringen. Das sind die hellen Zylinderzellen, dann die Flimmerzellen, ferner die polyedrisch gestalteten hellen Zellen, weiter die mit Protoplasmafasern ausgestatteten Faserzellen und schliesslich die zylindrischen Schleimzellen.

Auf Grund dieser Beobachtung, dass nur aus der embryonalen Entodermzelle sich die fünf verschiedenen Zellformen entwickeln, dass keine bereits differenzierte Zelle in eine andere übergeht, sondern die eine die andere verdrängt und ersetzt, kommt Sch. zum Schluss, dass eine echte Metaplasie im Sinne Virchows nicht vorkommt, d. h. eine bereits differenzierte Zelle geht nie in eine anders differenzierte über. Zum Auftreten einer andersartigen Zelle bedarf es nach Schridde einer Entdifferenzierung bis zu embryonalem Charakter, worauf sie sich dann in anderer Richtung ausdifferenziert. Er giebt diesem Vorgang die Bezeichnung — indirekte Metaplasie. — Nach ihm besteht sie darin, dass eine differenzierte Zelle der Keimzonen der Epithele als solche oder in ihren Tochterzellen durch endliche Aufgabe der spezifischen Attribute sich zurückbildet zu einer Form, der die Potenzen der Stammeszelle wieder zufallen. Aus dieser undifferenzierten Zelle bildet sich dann durch direkte Differenzierung eine für den Standort heterotype Zelle heraus. Jedoch kann meiner Meinung nach dieses nur eine Zellform sein, die in einer physiologischen Grenze der in der Ontogenie oder, vielleicht auch Phylogenie begründeten Differenzierungsmöglichkeiten der Stammeszelle liegt.

Diese indirekte Metaplasie unterscheidet sich also dadurch von der wahren Metaplasie im Sinne Virchows, dass erst nach vorangehender Aufgabe der spezifischen Struktur die Bildung anders gearteter Strukturelemente vor sich gehen kann, während die direkte Metaplasie, wie schon gesagt, darin besteht, dass eine Zelle, ohne dass sie ihre spezifischen Charaktere zuerst verliert, unmittelbar in eine andere differenzierte sich umbildet.

Es kann hier nicht des weiteren auf die Definitionen der Begriffe Normoplasie, Heteroplasie und Prosoplasie eingegangen werden, soviel ist aber aus dem gesagten evident, dass mit der Feststellung des Metaplasiebegriffes, wie ihn Sch. entworfen hat, eine Grundlage für unsere Vorstellungen verschiedener pathologischer Prozesse, zumal der Geschwulstlehre geschaffen ist.

A. Ucke.

Tagesnachrichten.

Personalia.

— Zum Kurator des Charkowschen Lehrbezirks ist der Kurator der Kinderasyle beim Unterstützungskomitee der Anstalten der Kaiserin Maria, Staatsrat Dr. juris Paul Sokolowski, ernannt worden. — Der neuernannte Kurator, welcher so eben sein 48. Lebensjahr vollendet hat, ist in Livland geboren und ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er von 1879—1884 Jurisprudenz studierte. Nachdem er 1888 in das romanistische Institut in Berlin delegiert worden war, hielt er Vorlesungen über römisches Recht an der Universität Charkow, war dann Prof. extraord. an der Berliner und seit dem vorigen Jahre Ordinarius an der Königsberger Universität.

— Dem Konsultanten für innere Krankheiten an den Anstalten der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrat Dr. A. Netschajew, ist der St. Annenorden I. Klasse verliehen worden. Dr. Netschajew ist bekanntlich auch Chefarzt des hiesigen städtischen Obuchowhospitals.

— Der Arzt der Russischen Gesandschaft in Peking, Hofrat Dr. Sternberg, ist mit Uniform verabschiedet worden.

— Prof. Dr. Robert Koch hat während seines Besuches in Japan in Anerkennung seiner hervorragenden Verdienste um die medizinische Wissenschaft auf dem Gebiete der Bakteriologie vom Kaiser von Japan eine silberne Schale mit dem kaiserlichen Wappen zum Geschenk erhalten.

— Zum Nachfoger für den in den Ruhestand tretenden Professor der inneren Medizin und Direktor der medizinischen Klinik an der Universität Kiel Dr. Heinr. Quinke ist der Oberarzt der innern Abteilung am städtischen Krankenhause in Frankfurt a/M. Professor Dr. Hugo Lüthje berufen worden.

— Wie wir seinerzeit berichtet haben, wurden im vorigen Jahre der damalige Rektor der Odessaer Universität Prof. Santschewski sowie der Prorektor Prof. Wasskowski wegen sträflichen Gewährenlassens und Nichtgebrauchs der Amtsgewalt während der Studentenunruhen und Zwistigkeiten zwischen den Professoren durch den Minister der Volksaufklärung von ihren Aemtern suspendiert und dem Gericht übergeben. Der Prozess gegen sie soll nun endlich am 26. August beim Senat zur Verhandlung gelangen. Neuerdings sind die beiden Ebengenannten sowie auch die Professoren Kossinski und Jaroschenko durch eine Verfügung des Generalgouverneurs Tolmatschew auf Grund des Punktes 19 des Art 19 der Bestimmungen für die im Kriegszustande befindlichen Orte auch von den Sitzungen des Konseils der Universität und der Fakultät und die drei Erstgenannten ausserdem von der Lehrtätigkeit an der Universität entfernt worden.

Nekrologe.

Verstorben sind: 1) Am 18. Juli in Kissingen der Mitauer Arzt Dr. Paul Lieven im nahezu vollendeten 42. Lebensjahre. Zu Mitau als Sohn des Regierungsrats Robert Lieven geboren, besuchte der Hingeschiedene das dortige Gymnasium und widmete sich dann dem Studium der Medizin an der Dorpater Universität. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1895 setzte er seine Studien in Erlangen, Dresden und Berlin fort, praktizierte nach seiner Rückkehr von 1897—1901 in Behnen (Kurland) und liess sich dann als praktischer Arzt dauernd in Mitau nieder, wo er zugleich als Arzt am Gymnasium fungierte. Die Nachricht von dem unerwarteten Tode Lievens in Kissingen, wo er Heilung von einem Herzleiden zu finden hoffte, hat in allen Kreisen Mitaus aufrichtige Trauer und lebhafte Teilnahme hervorgerufen. 2) Am 25. Juli zu St. Petersburg der Sekretär beim Inspektor für das Medizinalwesen des Ressorts der Anstalten der Kaiserin Maria, Staatsrat Dr. Nikolai Gribanow, im Alter von 35 Jahren. Der Verstorbene hatte seine medizinische Ausbildung in der militär-medizinische Akademie erhalten, welche er i. J. 1890 absolvierte, worauf er anfangs Bezirksarzt des Findelhauses in Jamburg war, dann nach St. Petersburg übersiedelte, wo er die Posten eines Konsultanten an der Heilanstalt des Komitees zur Fürsorge und Sichtung von Bettlern und eines Arztes an der weiblichen Nikolaischule, sowie in der letzten Zeit auch den obengenannten Sekretärposten bekleidete. 3). Am 7. Juli in Moskau der dortige Kinderarzt Dr. Louis Loewinsohn im 48. Lebensjahre nach mehr als 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit daselbst. 4). Am 30. Juni im Kirchdorfe Kondrowo (Gouv. Kaluga) der dortige Fabrikarzt Dr. Nikolai Ssurinow im 35. Lebensjahre. Seine ärztliche Tätigkeit begann er erst vor 5 Jahren.

Von Universitäten und medizinischen Instituten.

— Die neue Moskauer Volksuniversität auf den Namen ihres Gründers Generals Alfons Schanjawski soll im September eröffnet, und zwar fürs erste mit zwei Fakultäten, da wegen der sehr verspätet erfolgten Erlaubnis zur Eröffnung es unmöglich ist, in so kurzer Zeit den vollen Professorenbestand anzuwerben. Diese Volksuniversität ist der Moskauer Stadtverwaltung unterstellt und wird von einem Kuratorium, bestehend aus 20 Personen, ge-

leitet, von denen 10 durch die Moskauer Stadtduma gewählt und 10 von dem Gründer Schanjawski auf Lebenszeit bestimmt werden. Die Moskauer Stadtverwaltung hat zum Präses des Kuratoriums den Neurologen Prof. Dr. Woldemar Roth gewählt und ihn bereits dem Ministerium der Volksaufklärung zur Bestätigung vorgestellt.

— Neuaufnahme von Medizinstudierenden. In die medizinische Fakultät der Moskauer Universität wurden gegen 220 Aspiranten, vorwiegend aus dem Moskauer Lehrbezirk, mit der Durchschnittsnummer $3^1/_4$ aufgenommen. Etwa 100 Aspiranten mit einer niedrigeren Durchschnittsnummer so wie die Abiturienten aus anderen Lehrbezirken wurden abgewiesen. — An der Universität Tomsk sind auffallend wenige Aufnahmegesuche eingelaufen, im ganzen bis jetzt 63, von denen 33 die medizinische Fakultät betreffen. — Die Zahl der Gesuche um Aufnahme in die militär-medizinische Akademie übersteigt erheblich die Zahl der vorhandenen Vakanzen. Es wird daher die Aufnahme von den Maturitätszeugnissen und den Kontrollprüfungen abhängen. Abiturienten von klassischen Gymnasien mit einer Durchschnittsnummer unter 4,82 werden abgewiesen werden; von Realschulen können überhaupt nur 19 Abiturienten und zwar erst nach einer Prüfung im Lateinischen Aufnahme finden.

Standesangelegenheiten.

— Der frühere Deputierte der Reichsduma Dr. J. Gomartelli ist im Scharapanschen Kreise (Gouv. Kutais) verhaftet worden, weil er das Verbot, das Gouvernement Kutais zu betreten, übertreten hat.

— Nach dem neuen Etat für die Reichsduma sind dort die Posten für zwei Aerzte und einen Feldscher vorgesehen, und zwar ist für den älteren Arzt ein Gehalt von 2400 Rbl., für den jüngeren Arzt von 1500 und für den Feldscher von 720 R. ausgesetzt.

— Einkommen der Aerzte von Berlin und Umgebung. Nach den neuesten amtlichen Ermittelungen hat sich die Zahl der zur Berlin-Brandenburger Aerztekammer gehörigen Aerzte um 180 verringert, ihr Einkommen aber erhöht. Indessen haben unter den 4000 Aerzten dieses Bezirks 778, also fast der fünfte Teil der dortigen Aerzteschaft ein Einkommen von noch nicht 3000 Mark, mit dem in einer grossen Stadt sich wohl schwerlich leben lässt, und 683 bringen es auf 3000—5000 Mark Einkommen, also zu einer recht mittelmässigen Existenz. Wenn man diese 1461 Aerzte mit ungenügendem oder nur mässigem Einkommen von der Gesammtzahl der Aerzte abzieht, so bleiben also ca. 2500 Aerzte nach, die ein genügendes und 60 Aerzte, die ein Ministereinkommen und noch mehr haben. So versteuern 25 Berliner Aerzte ein Einkommen von 34—40,000 Mark, 29 — bis 50,000 Mark, ebensoviele bis 100,000 Mark und 6 sogar bis zu einer Viertelmillion Mark.

Epidemiologisches.

— Die Allerhöchst eingesetzte Antipestkommission hat zur Bekämpfung der Cholera und Ergreifung von Vorsichtsmassregeln gegen die Epidemie abkommandiert: den Gehülfen des Leiters des Laboratoriums im Fort Alexander III bei Kronstadt Dr. A. Bernikow zur Ausführung von Schutzimpfungen — in die Wolgagegend, den Privatdozenten der Moskauer Universität Dr. Statkewitsch — nach Baku, den Professor Sabolotny, Dr. Liebermann und Dr. Masslakowez — nach Samara, Zarizyn und Astrachan. Zu den Schutzimpfungen hat das hiesige Institut für expermimentelle Medizin 500 Flakons Anticholeraimpfstoff an die Zarizynsche ärztliche Gesellschaft unentgeltlich abgelassen.

— Die St. Petersburger Sanitätskommission hat in der vorigen Woche beschlossen, zur Aushülfe für die Sanitätskuratorien während der Sommerzeit 18 neue Sanitätsärzte und ebensoviele Handels-Sanitätsärzte mit einem monatlichen Gehalt von 100 Rbl. anzustellen und ausserdem zur Verfügung der Handels-Sanitätsärzte bei der Beaufsichtigung des Handels eine Anzahl Studenten hinzuzuziehen.

— Neuerkrankungen an der Cholera. Vom 19.—26. Juli wurden 262 Fälle und 125 Todesfälle registriert, darunter in Astrachan 98 Erkrankungen und 38 Todesfälle, in Saratow 152 resp. 74, in Samara 4 resp. 3 und im Dongebiete 10 resp. 6.

— Pest. Wie die Antipestkommission meldet, ist in der Kirgisensteppe am 10. Juli ein Fall von Bubonenpest mit tödlichem Ausgang gemeldet worden. Vom 16—24. Juli erkrankten weitere 8 Personen an der Pest, von denen 3 starben. Es sind alle Massregeln zur Verhütung des Weiterumsichgreifens der Epidemie ergriffen worden. Seit dem 27. Juli sind weitere Pesterkrankungen nicht gemeldet worden.

Verschiedene Mitteilungen.

— Am 12. Juli ist in Badenweiler (bei Freiburg in Breisgau) ein Denkmal für den vor 4 Jahren dort verstorbenen russischen Arzt und Schriftsteller Dr. Tschechow enthüllt worden.

— Die Gründung eines grossen Kindersanatoriums in Hapsal wird von der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit geplant. Die Stadtverwaltung von Hapsal giebt das für das Sanatorium nötige Grundstück unentgeltlich her. Die neue gemeinnützige Stiftung soll nicht nur der Bevölkerung des Petersburger, sondern auch der umliegenden Gouvernements zugute kommen.

— Die Einberufung eines Baltischen Apotheker-Kongresses am 12., 13. und 14. September d. J. in Riga soll, wie die «Nordl. Ztg.» dem «Rishski Westnik» entnimmt, dem Pharmazeutischen Verein zu Riga gestattet worden sein. Es sollen wissenschaftliche und Berufsfragen zur Diskussion gelangen.

— Bei der zu Anfang Juli stattgehabten Revision der Kasse der Hauptverwaltung des Russischen Roten Kreuzes belief sich das Vermögen dieser Institution auf nahezu 13 Millionen Rubel.

— In Moskau ist vor kurzem eine Fälschung des natürlichen Kisslowodsker Mineralwassers «Narsan» entdeckt worden. Längere Zeit war nämlich, wie bekannt, die Narsanquelle fast versiegt; infolge dessen war die Zufuhr des natürlichen Mineralwassers nach Moskau sehr eingeschränkt worden und eine Preissteigerung eingetreten. Das hatte eine Bande von Fälschern sich zunutze gemacht und eine grosse Fabrik zur Herstellung von «natürlichem» kaukasischem Mineralwasser «Narsan» eingerichtet, so dass sie in kurzer Zeit 35,000 Flaschen von ihrem gefälschten Wasser absetzen konnten. An der Spitze der Bande stand der Werrosche Handwerker Hausmann, der auch die Fälschung eingestanden hat, nachdem man in seiner Wohnung u. a. zwei Stempel mit der Schrift «Narsan» und dem kaiserlichen Adler gefunden hatte.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Zivilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. Juli d. J. 10971 (74 mehr als in der Vorwoche), darunter 675 Typhus abdom. — (44 mehr), 12 Typhus exanthemat. —, (4 mehr), 244 Febris recur. (12 wen.), 430 Syphilis — (25 wen.) 339 vener. Kranke — (13 mehr), 197 Scharlach — (8 wen.), 190 Diphtherie — (13 mehr), 99 Masern — (16 mehr), 179 Pockenkranke — (26 wen. als in der Vorw.) und 1 Windpockenkr.

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 29. bis Juni 5. Juli d. J. im ganzen 843, darunter an folgenden Krankheiten:

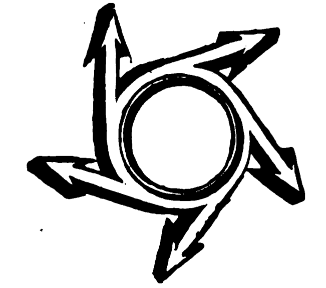
Typhus abdominalis 33, Febris recurrens 4, Pocken 5, Masern 57, Scharlach 9, Diphtherie 11, Keuchhusten 7, Krupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 4, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 79, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberkulose der Lungen 67, Tuberkulose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 35, Krankheiten des Verdauungskanals 161, andere Krankheiten 266. Ausserdem 40 Totgeborene.

Am 12. Juli d. J. betrug die Zahl der Kranken 10874 (103 wen. als in der Vorwoche.), darunter 670 Typh. abd. — (5 wen.), 7 Typh. exanthemat. — (5 wen.), 208 Febris recur. — (36 wen.) 441 Syphilis — (11 mehr), 360 vener. Kranke (21 mehr), 173 Scharlach — (15 wen.), 190 Diphtherie — (0 wen.), 72 Masern — (17 wen.), 165 Pockenkranke (14 wen. als in der Vorw.) und 1 Windpockenkr.

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 6. bis zum 12. Juli d. J. im ganzen 916, darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 3, Typhus abdom. 39, Febris recurrens 2, Pocken 3, Masern 39, Scharlach 9, Diphtherie 10, Keuchhusten 8, Krupöse Lungennetzündung 27, Erysipelas 5, Grippe 3, Katarrhalische Lungenentzündung 92, Ruhr 3, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberkulose der Lungen 76, Tuberkulose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 245, andere Krankheiten 243 — Ausserdem 31 Totgeborene.





Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 32 St. Petersburg, den 9. (22.) August. 1908.

Die Uebertragung der Immunität durch die Milch und das Lactalexin als therapeutisches Mittel.

Von

Prof. Dr. Alexander v. Poehl.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der St. Petersburger Medizinischen Gesellschaft am 26. Febr. 1908.

(Uebersetzung aus dem Russischen).

1.

Die Uebertragung der Immunität durch die Milch. Das Forschen nach spezifischen Antikörpern.

Bereits 1892 hatte Ehrlich [1]) seine klassischen Untersuchungen angestellt zur Erklärung der Tatsache, dass eine ganze Reihe von infektiösen Krankheiten (Parotitis epidemica, Scharlach, Masern etc.) das erste Lebensjahr der Säuglinge sehr selten befallen.

Er hat daraufhin zuerst die Ansicht zum Ausdruck gebracht, dass die Immunität nur von mütterlicher Seite auf die Nachkommenschaft übergehen kann. Seine Versuche haben ergeben, dass der künstlich immunisierte Vater niemals seine Immunität auf die Kinder übertragen kann. Dieses fundamentale Gesetz wurde zwar von Charrin und Gley, Tizzoni und Centanni bestritten, indessen auf Grund nicht stichhaltiger Experimente, wie dies Metschnikoff [2]) ausdrücklich betont. Dagegen haben Vaillard und Wernicke das Resultat Ehrlichs vollkommen bestätigt. Bei einer ganzen Reihe von Intoxikationen (Ricin, Abrin, Tetanustoxin, Diphterietoxin, Milzbrand, Vibrio Metschnikowii, Cholera) war der Vater durchaus nicht imstande, seine Immunität den Kindern zu geben. Mithin ist die hereditäre Immunität keine hereditäre im wahren Sinne des Wortes. Weder die Zoospermien, noch die Eizelle können diese Immunität vermitteln, wie es bei der wirklichen Heredität der Fall sein müsste.

Nach Ehrlich sind die Nachkommen immuner Mütter nur deswegen immun, weil sie fertige Antikörper (Alexine) aus der Blutflüssigkeit des mütterlichen Organismus mit der Milch entnehmen. Zum Beleg für die direkte Uebertragung mütterlicher Antikörper durch die Milch bei der Säugung hat Ehrlich in Gemeinschaft mit Brieger [3]) eine Reihe von Versuchen angestellt. Ehrlich reiht diese vererbte Immunität durchaus in die Kategorie der passiven Immunität. Er hat durch seine Versuche an Mäusen, welche von nicht immunen Mäusen abstammten, aber von immunen Weibchen gesäugt wurden, direkt nachgewiesen, dass die Jungen dadurch gegen Ricin, Abrin und Tetanustoxin immunisiert werden.

Es muss hierbei noch besonders betont werden, dass die Versuche von Ehrlich nachweisen, dass bei der Säugung eine „hohe" und „wachsende Immunität" dem Kinde verliehen wird. Die Laktationsimmunität dauerte nach Aufhören der Laktation noch eine gewisse Zeit an, bis die Antikörper durch Ausscheidung aus dem Körper wieder verschwunden waren.

[1]) Ehrlich. Zeitschr. f. Hyg. (1892) 12. Band. 183. Ehrlich und Hübbenet (1894) 18. Band 57.

[2]) Metschnikoff. Immunität (1897) p. 54.

[3]) L. Brieger und Ehrlich. Ueber die Uebertragung von Immunität durch Milch. Deutsch. Med. Woch. 1892. Nr. 18. J. d. T. Cb. 1892. p. 659.

Um die Frage zu entscheiden, ob die Milch in Folge einer durch die Immunisierung bedingten Aenderung der Drüsenfunktion die Antikörper enthalte, wurden säugenden Tieren grössere Quantitäten von Serum hochimmuner Tiere zugeführt, wobei der typische Säugungsschutz ebenfalls eintrat. Das gleiche wurde von Ehrlich für die Tetanusimmunität erwiesen. Eine mit Tetanusheilserum vom 16-ten Tage nach dem Wurfe ab täglich während 11 Tagen injizierte Maus übertrug auf ihre Jungen eine, hohe mindestens 40-fache, Widerstandsfähigkeit gegen Tetanus. Die merkwürdige Erscheinung, dass die Antikörper hier vom Verdauungskanal aus unverändert resorbiert wurden — während es nicht gelang, durch Verfütterung von Organteilen immuner Tiere an andere eine Immunisierung zu bewirken — bringt Ehrlich in Zusammenhang mit der von Bunge nachgewiesenen äusserst genauen, sozusagen quantitativen Anpassung der Muttermilch an die Bedürfnisse des kindlichen Organismus. Die Milchdrüse übt offenbar die Tätigkeit aus, durch Elektion aus den Säften die Schutzkörper, resp. Alexine in die Milch überzuführen.

Moro meint, dass diese Antikörper, welche er als Alexine bezeichnet, in der Milch nicht nachweisbar sind, sondern erst durch die Verdauung freigemacht werden.

Das Jahr darauf, 1893, hatte N. Popoff[4]) nachgewiesen, dass die Choleraimmunität durch die Milch einer geimpften Kuh übertragen werden kann. Zu dem Zweck injizierte Popoff 10—65 Ccm. Cholerabouillon in die Bauchhöhle einer Kuh. 2—10 Ccm. der Milch machten Meerschweinchen gegen Cholera immun. Wurde die Milch vor der Injektion gekocht, so trat keine Immunität ein.

Wlaeff[5]) hat durch Inokulation von Blastomyzetenkulturen (aus malignen Tumoren von Menschen) Stuten, Eselinnen und Ziegen immunisiert. Die Immunität wurde bei immunisierten Eselinnen durch die Milch in verstärktem Grade auf die Jungen übertragen. Die Milch agglutiniert die Blastomyzeten.

Daraufhin empfahl Wlaeff bei Krebs von Magen und Darm die Ernährung mit Milch von immunisierten Tieren.

Im Jahre 1893 hatten Brieger und Ehrlich[6]) nachstehende Methode mitgeteilt, um die Antikörper in der Milch zu konzentrieren.

Die Molke besitzt dieselbe Schutzkraft, wie die Milch selbst, die durch Eindampfen noch erhöht wird. Das geeignetste Fällungsmittel für das Kasein ist das Ammonsulfat, ausserdem auch noch Magnesiumsulfat, weniger geeignet ist Natriumsulfat. Die Antikörper werden fast vollständig mit dem ersten Teil der Fällung niedergeschlagen, der durch 30% Ammonsulfat erhalten wird. Die Fällung wird mit Wasser gelöst, dialysiert, filtriert und bei 35° C. in flachen Schalen im Vakuum eingetrocknet. Man erhält so eine kleine Quantität gelblichweisser, transparenter, 14% Ammonsulfat enthaltender Substanz, die 400—600 mal so stark wirkt wie die Milch selbst. Sie reagiert sauer, ist leicht löslich in Wasser, noch leichter in Natronlauge oder in Soda und büsst bei höheren Temperaturen ihre Wirkungskraft ein. Zur weiteren Reinigung empfehlen Ehrlich und Brieger Magnesiumsulfat als vorteilhaft.

Später haben Brieger und Cohn[7]) diese Methode der Konzentrierung der Antikörper modifiziert und zur Entfernung der unwirksamen Eiweisskörper basisches Bleiazetat angewandt.

Auch Wassermann[8]) hat 1894 eine Methode zur Konzentrierung der Diphterieantitoxine aus der Milch immunisierter Tiere in Vorschlag gebracht:

Die Milch wird eventuell unter Zusatz von HCl (20 Ccm normal—HCl auf 1 Liter) durch Labferment koaguliert, die Molke abgegossen und mit Chloroform längere Zeit stark geschüttelt. Dann senken sich die spezifisch schwereren Teile aus der Molke mit dem Chloroform zu Boden und man erhält so eine klare, fett- und bakterienfreie Molke, die sich in ihrem Wirkungswert Monate lang konstant erhält. Die so gewonnene Molke wird dann mit 30—33% Ammoniumsulfat ausgefällt. Der so erhaltene Niederschlag wird rasch im Vakuum auf Tontellern getrocknet. Das überschüssige Ammoniumsulfat wird abgepresst und der Niederschlag dann in der nach dem Quantum der Ausgangsmolke berechneten Menge Wasser gelöst, also bei 5 Liter Molke und erwünschter 10-facher Konzentration in 500 Ccm. Wasser.

Kraus[9]) fand, dass die Milch von Ziegen, die mit Typhus-Colibazillen, Choleravibrionen immunisiert waren, immunisierende und agglutinierende Eigenschaften hatte. Bei normaler Milchsekretion war das Verhältnis der agglutinierenden Stoffe in der Milch zu denen des Serums wie 1:10.

Behring[10]) meint, dass nach seinem und Ransams Versuchen das Diphterieantitoxin überhaupt sehr schnell ins Blut übergeht und eventuell mit der Milch oder dem Harn ausgeschieden wird.

2.

Physiologische Milchschutzkörper. Erhöhung derselben durch Leukozytose.

Alle Forscher auf dem Gebiete der Milchschutzkörper hatten stets das Suchen nach spezifischen Antikörpern in der Milch im Auge, denn die Versuchsanordnungen, wie sie Ehrlich angestellt hatte, waren von Hause aus darauf hin gerichtet.

Ich ging bei meinen Versuchen von einem anderen Gesichtspunkte aus: wenn die Mütter den Säuglingen stets eine Immunität in Hinsicht auf Scharlach, Masern, Parotitis epidemica etc. übermitteln, so kann es wohl kaum dadurch erklärt werden, dass sämtliche Mütter alle diese Krankheiten durchgemacht haben und daraufhin die entsprechenden Antikörper in ihrem Säftekreislauf sich befinden. Ich bin der Ueberzeugung, dass ausser diesen zufällig möglichen Antikörpern, deren Funktion ich nicht bezweifeln will, gewiss Schutzkörper in der Milch enthalten sind, welche die Widerstandsfähigkeit des kindlichen Organismus im Allgemeinen erhöhen.

Die von G. von Bunge so geistreich durchgeführte Theorie des teleologischen Prinzips in der Milch lässt solche Schutzkörper a priori erwarten. Die Untersuchung dieser normalen physiologischen Schutzkörper resp. Alexine der Milch, stellte ich mir daher zur Aufgabe. Diese Idee war mir bereits nach Veröffentlichung der ersten Arbeiten von Ehrlich aufgetaucht und war noch befestigt durch den Umstand, dass ich bereits vor 15 Jahren die Anwesenheit des Spermins in der Milch nachgewiesen hatte.

Ich hatte bereits 1892[11]) darauf aufmerksam gemacht, dass die Milch gesunder Tiere einen Bestandteil enthält, welcher alle Reaktionen giebt, die für Spermin charakteristisch sind. Dieser Körper ist in der Milch in sehr geringer Menge enthalten, so dass eine quantitative Bestimmung mir seinerzeit nicht gelang. Später überzeugte ich mich, dass das Spermin in der Milch, welche Kolostrum enthält, also im Anfang der Laktationsperiode, in bedeutend grösserer Menge vorhanden ist, als in normaler Milch. Ich fand auch, dass das Spermin in der Milch von Körpern begleitet wird, welche ihm chemisch ziemlich nahe stehen.

---

[4]) N. Popoff. Wratsch, 1893. Nr. 10; Jahrb. d. T. Ch. 1893. p. 677.
[5]) Wlaeff. J. d. T. Ch. 1904. p. 1054.
[6]) Brieger und Ehrlich. J. d. Th. Ch. 1893. Seite 227.
[7]) Brieger und Cohn. J. d. Th. Ch. 1893. Seite 717.
[8]) Wassermann. Zeitschrift f. Hyg. 1894. p. 236. — J. d. Th. Ch. 1895. p. 843.

[9]) Kraus. Jahrb. d. Th. Ch. 1897. p. 871.
[10]) Behring. Jahrb. d. T. Ch. 1897. p. 901—902.
[11]) v. Poehl. Deutsche Med. Wochenschrift. 1892. Nr. 49. — Wratsch. 1892. Nr. 21.

Seit 14 Jahren arbeite ich auf diesem Gebiete, und der Umstand, dass ich bis jetzt in dieser Richtung nichts veröffentlicht hatte, ist damit zu erklären, dass solche Untersuchungen wegen des geringen Gehalts an den betreffenden Körpern sehr grosse Schwierigkeiten beim Arbeiten bieten.

Es liegt auf der Hand, dass die Milchschutzkörper-Frage, die seit 1892 von Ehrlich angeregt ist, sowohl die Physiologen, wie die Mediziner im höchsten Grade interessieren musste, und trotzdem ist in dieser Richtung seitdem kein wesentlicher Fortschritt zu verzeichnen.

Ich bin natürlich weit davon entfernt, solchen hervorragenden Forschern wie Ehrlich, Brieger, Wassermann etc. einen Vorwurf daraus zu machen, dass sie in dieser langen Reihe von Jahren die Frage der Milchschutzkörper nicht weiter ausgearbeitet haben, denn mir sind die Schwierigkeiten auf diesem Gebiete wohl bekannt, und zu dem haben Ehrlich und seine Nachfolger sich die Aufgabe gestellt, die spezifischen Antikörper zu suchen, was die Aufgabe noch mehr erschwert.

Als ich auf dem Internationalen Hygienischen Kongress in Berlin (1907) in meiner Mitteilung über „die Abhängigkeit der Immunität vom Stoffwechsel und deren therapeutische Steigerung" einige Ergebnisse auf dem Gebiete der Milchschutzkörper-Frage berührte, so tat ich das, weil die Arbeiten und Versuche soweit zum Abschluss gelangt waren, dass ich das Spermin und seine Begleitkörper (unter der Bezeichnung Lactalexin) zu therapeutischen Zwecken bereits in Vorschlag bringen konnte.

In das Gebiet meiner Untersuchungen habe ich die Frage der spezifischen Antikörper nicht aufgenommen, da ich, wie erwähnt, nur das Spermin und die in normaler Milch enthaltenen Begleitkörper desselben gesucht habe.

Die Ausarbeitung der Frage über die physiologische Wirkung des Lactalexins halte ich selbstverständlich noch nicht für abgeschlossen, aber wir verfügen bereits über eine Reihe von Anhaltspunkten zur Lösung dieser Frage.

Das Interesse für den Uebergang verschiedener therapeutischer Stoffe in die Milch war immer ein sehr reges. Ich möchte z. B. auf die Arbeiten von Vaillard Schmidt, Pflanz, Moro, Figari, Felice La Torre, De Blasi und and. verweisen.

Sehr interessant sind die Arbeiten von Houselot „de la thérapeutique chez les nourrices dans ses rapports avec la sécrétion lactée" in der „Revue pratique d'obstétrique et de la pédiatrie" und von Sonnenberger „Beiträge zur Frage des Uebergangs von Arzneistoffen in die Milch" (Kinderarzt, 1902), welche unter anderem nachweisen, dass anorganische therapeutische Mittel in die Milch übergehen. Sogar die Frage der indirekten Behandlung durch medikamentöse Milch wurde aufgeworfen und als sehr wünschenswert betrachtet, doch scheiterte einstweilen dieses Vorhaben daran, dass der quantitative Gehalt der medikamentösen Milch kein bestimmter und kein beständiger ist und daher die Unmöglichkeit einer genauen Dosierung involviert.

Natürlich haben sich auch Leute gefunden, die den Wert der Milchimmunität abzuleugnen suchten, wie z. B. Salge, Sommerfeld, Kolle und Andere, doch sind diese Untersuchungen nichts weniger als überzeugend. Kolle und Sommerfeld haben spezifisch „bakterizide" Eigenschaften in der Milch gesucht und dieselben nicht gefunden. Dieses gab anderen die Veranlassung, die Bedeutung der Milchimmunität vollkommen abzuleugnen. Bestandteile mit „bakteriziden" Eigenschaften lassen sich a priori gar nicht in der Milch erwarten. Wirklich bakterizide Körper gehören fast alle zu den Plasmagiften. In der Milch jedoch sind, wie wir sehen werden, Substanzen enthalten, welche die biologisch chemischen Eigenschaften des Nährbodens beeinflussen und auf diesem Wege die Kultur resp. die Entwickelung der Mikroben fördern, hemmen oder verändern können.

Ich habe bereits 1887 [12]) den Beweis erbracht, dass durch Zusatz von Körpern zum Nährboden, welche die Oxydationsvorgänge fördern, die biologisch-chemischen Eigenschaften der Bakterien stark verändert werden, so hatte ich, z. B. Cholera-asiatica-Bazillen auf einem Nährboden kultiviert, dem ich geringe Mengen von rotem Blutlaugensalz zugefügt hatte. Die Stichkulturen verflüssigten die Nährgelatine und nahmen die Strumpfformen der Cholera nostras an, gleichzeitig verloren die Cholerabazillen die Fähigkeit, die von mir bei dieser Gelegenheit entdeckte Cholerarotreaktion zu geben.

Wir sehen also, dass die biologisch-chemischen Eigenschaften des Mikroorganismus durch die Einwirkung einer fast indifferenten Substanz sich verändert hatten. Später machte ich denselben Versuch und fügte statt rotem Blutlaugensalz geringe Mengen von Spermin der Nährgelatine zu und erhielt dasselbe Resultat, nämlich die Verflüssigung der Nährgelatine und das Ausbleiben der Cholerarotreaktion. Weitere Versuche ergaben, dass diese Cholerakulturen infolge dieser Einwirkung auch ihre Virulenz eingebüsst hatten.

Es ist leicht begreiflich, dass ein anaerober Organismus unter aeroben Bedingungen, wie solche z. B. eine sperminhaltige Milch darstellt, gar nicht zur Entwickelung kommen kann.

Deswegen liegt aber gar kein Grund vor, in dem Milchspermin und seinen Begleitkörpern bakterizide Eigenschaften zu erkennen. Wenn die Gegenwart eines Körpers die Entwickelung eines Mikrooganismus hemmt, so ist dieses durchaus nicht mit einer allgemeinen oder spezifisch bakteriziden, d. h. tötenden Eigenschaft verbunden.

Der ungemein geringe Gehalt an Lactalexinen in der Milch bot mir bei den Untersuchungen die grössten Schwierigkeiten. Daher stellte ich mir in erster Linie die Aufgabe, festzustellen, durch welche Mittel ich den Gehalt der Milch an Milchspermin und seinen Begleitkörpern erhöhen könnte. Wie bereits erwähnt, enthält das Kolostrum eine grössere Menge Milchspermin als die in den späteren Perioden sezernierte Milch. Die Anwesenheit von Leukozyten im Kolostrum in alkalischem oder amphoterem Medium kann vielleicht an und für sich einen erhöhten Spermingehalt erklären. Eine analoge Erscheinung finden wir im gutartigen Eiter (pus bonum et laudabile), der dank seinem Spermingehalt einen charakteristischen Spermageruch aufweist. Ob zur Zeit, wo das Kolostrum ausgeschieden wird, Hyperleukozytose im Organismus stattfindet, ist mir unbekannt. Die Anwesenheit des Spermins in der Milch der ersten Laktationsperiode erklärte ich mir durch die Gegenwart der eosinophilen Leukozyten (Träger des Spermins) im Kolostrum. Später gab mir die Theorie von Ehrlich Veranlassung zu weiteren Untersuchungen. Da die Milchdrüse ein elektives Vermögen den Schutzkörpern gegenüber hat, so ist der Uebergang des Spermins aus den Gewebssäften in die Milch vollkommen erklärlich, auch bei Abwesenheit von Spermin führenden Leukozyten in der Milch.

Der Gedanke lag nun nahe, künstlich eine Hyperleukozytose im Mutter-Organismus zu erzeugen, welche eine Erhöhung des Spermingehalts im Säftekreislauf resp. in der Milch zur Folge hätte.

[12]) A. v. Poehl. Ueber einige biologisch-chemische Eigenschaften der Mikroorganismen im Allgemeinen und über die Bildung der Ptomaine durch die Cholerabazillen im Speziellen. St. Petersb. Mediz. Wochenschrift. 1886. Nr. 40.

Prof. Loewy und Richter[13]) hatten 1895 nachgewiesen, dass Sperminum-Poehl bei subkutanen Injektionen, wie auch bei intravenöser Einführung eine bedeutende Hyperleukozytose hervorruft mit gleichzeitiger Erhöhung der Blutalkaleszenz. Dieses Faktum wurde später in der Klinik von Prof. Senator und darauf von Prof. Popoff, Epifanoff[14]) und Anderen, die mit Sperminum-Poehl Beobachtungen am Krankenbett machten, bestätigt. Diese Versuche gaben mir Veranlassung, bei Ziegen, Kühen und Stuten solche Hyperleukozytose zu erzeugen und die unter diesen Bedingungen sezernierte Milch auf den Spermingehalt zu prüfen.

Es ergab sich, dass ich auf diese Weise den Spermin- resp. Lactalexingehalt der Milch bis fast auf das 10-fache herauftreiben konnte und zwar bedurfte es relativ geringer Mengen Sperminum-Poehl; auf eine Kuh von 35 Pud Gewicht reichten tägliche subkutane Einspritzungen von 5 Ccm. von Sperminum-Poehl pro injectione (2%) aus, um eine Erhöhung des Lactalexingehalts der Milch hervorzurufen.

3.

Das Lactalexin.

Die Kuhmilch weist ohne Sperminbehandlung in den späteren Stadien der Laktationsperiode einen auffallend geringen Gehalt an Milch-Spermin auf, in den Fällen, in welchen das Kalb, wie gewöhnlich, von der Kuh getrennt ist und die Mutterkuh nicht saugt.

Ich hatte Gelegenheit in einem Falle in der Stutenmilch, bei dem das Füllen ständig bei der Mutter war, noch im 7-ten Monat reichliche Mengen von Milch-Spermin und seinen Begleitkörpern nachzuweisen. Kurz, der Lactalexingehalt der Stutenmilch im 7-ten Monat war in diesem Falle unvergleichlich grösser als derjenige der gemolkenen Kuhmilch derselben Periode.

Dieses Faktum gab mir Veranlassung, zu vermuten, ob nicht diese auffallende Differenz dadurch zu erklären ist, dass in dem einen Falle die Milch durch Melken gewonnen wird, wie es bei den Kühen geschah, während die Stute vom Füllen gesogen wurde und nur ab und zu ein verhältnismässig kleines Quantum Milch für meine Analysen durch Melken entnommen wurde.

Die Frage, ob eine Differenz zwischen gesogener und gemolkener Milch in chemischer Hinsicht existiert, war für mich durch diese Beobachtungen angeregt. Das allgemein bekannte Faktum, dass ein Kalb, welches die Milch der Kuh durch Saugen in seinen Organismus einführt, gesünder ist als das Kalb, welches seine Muttermilch in gemolkenem Zustande erhält, könnte vielleicht durch eine chemische Differenz erklärt werden. Es ist andererseits auch ohne allen Zweifel, dass der mechanische Prozess des Melkens einen anderen Einfluss auf den Gesamtorganismus ausüben muss als der physiologische Vorgang des Saugens. Wir wissen, dass das Saugen einen mächtigen Einfluss auf das gesamte Nervensystem der Mutter ausübt, der sich nicht nur auf das Gebiet der Milchdrüsen erstreckt, sondern sogar Kontraktionen des Uterus veranlasst. Es wäre also a priori nichts Unmögliches, die Erklärung der chemischen Differenz der beiden Milcharten in deren Sezernierung unter verschiedenen Umständen zu finden.

Ich glaube, dass der Unterschied zwischen der gesogenen und der gemolkenen Milch, wie wir aus Nachstehendem ersehen werden, in einem erhöhten Gehalt an Spermin und Nukleoproteid, resp. Nukleinsäuren zu suchen ist.

[13]) Loewy u. Richter. Deutsche Mediz. Wochenschr. 1895. Nr. 15 u. 33.

[14]) Epifanoff. Shurnal medizinskoi chimii i organoterapii. 1895. Nr. 2 u. 3 (russ.).

Bei den Untersuchungen, die ich mit Lactalexin angestellt habe, ergiebt es sich, dass in der Milch ein Pentosegehalt vorhanden ist und dass dieser Pentosegehalt in der gesogenen Milch grösser ist als in der gemolkenen. Nach den Untersuchungen von Odenius[15]) ist in der Milchdrüse ein Nukleoproteid enthalten (dargestellt nach der Methode Hammarsten), aus welchem Pentose abgespalten wird, und von den Purinbasen nur das Guanin (ähnlich wie das Pankreasnukleoproteid).

Die gesogene Milch unterscheidet sich unter anderem von der gemolkenen durch einen erhöhten Gehalt an stickstoffhaltigen intermediären Produkten und zwar wesentlich in Hinsicht des Gehaltes von Verbindungen, die schwerlösliche Silbersalze geben. Dieses gab mir Veranlassung zu der Annahme, dass der Unterschied zwischen der gesogenen und der gemolkenen Milch wesentlich in einem höheren Xanthin- resp. Guaningehalt der gesogenen Milch besteht.

Es lag auf der Hand, dass ich in erster Linie die Nukleinsäure der Milchdrüse in Augenschein nahm. Wilh. Löbisch[16]) hat in der Nukleinsäure der Milchdrüse die Eigenschaften der Sperma-Nukleinsäure gefunden. Da ich nun mit diesem Körper gearbeitet habe, so stellte ich zuerst Versuche in dieser Richtung an. Die Nukleinsäure stellt nämlich einen wesentlichen Bestandteil des Mammin, speziell des Mamminum-Poehl (Synergo-Mammin) dar.

Da alle Nukleinsäuren gepaarte Verbindungen von Kohlehydraten (Hexosen, Pentosen wie auch Inosit) Glycerin, Purinbasen, Pyridinbasen und Phosphorsäure darstellen, so suchte ich zur Charakteristik solche Reaktionen anzuwenden, welche die Verschiedenheiten der Kohlehydrate und Purinbasen aufweisen konnten. Dazu erwiesen sich in erster Linie die später erwähnten Reaktionen von Salkowski mit Phlorglucin und von Molisch mit α-Naphtol und Thymol als zweckmässig.

Da ich mit dem Lactalexin in erster Linie die therapeutischen Zwecke im Auge habe, so halte ich es für berechtigt, die Nukleinsäure der Milchdrüse dem Präparate in einer Menge von 0,5% zuzufügen. Bei der vollkommenen Unschädlichkeit der Nukleinsäuren überhaupt und in Anbetracht der hohen therapeutischen Bedeutung derselben bei Tuberkulose, Typhus, Pneumonie, Rhachitis etc. ist dieser Zusatz vom therapeutischen Standpunkt aus entschieden gerechtfertigt und aller Wahrscheinlichkeit nach führen wir durch den Zusatz der Milchdrüsen-Nukleinsäure dem Organismus einen Teil derjenigen Substanzen zu, die das Kind mit der Muttermilch beim Saugen erhält. Ich betrachte daher diesen Zusatz zum Lactalexin als einen unbedingt rationellen[17]).

Um eine Milch zu gewinnen, welche dem Charakter der gesogenen Milch entsprach, liess ich ein Kalb bei der Kuh und entnahm die Milch während der Zeit, als das Kalb sog, durch Melken aus der gegenüberliegenden Zitze. Diese Milch weist im Verhältnis zur gemolkenen Milch einen höheren Xanthin- resp. Guaningehalt auf. Dieser Umstand spricht schon dafür, dass der Nukleinsäuregehalt erhöht ist.

Ich schlug bereits 1887[18]) vor, zur Prüfung des normalen Zustandes der Milch das Verhältnis des Gesamtstickstoffgehalts der Milch zu dem Stickstoff des Eiweisses oder aber zu dem Stickstoffgehalt der intermediären Produkte festzustellen.

[15]) Odenius, cf. Fraenkel. Deskriptive Biochemie. 1907. pag. 386 und Hammarsten l. c. pag. 515.

[16]) Wilh. Löbisch. Jahrb. d. Th. Chemie. 1906. p. 36.

[17]) Die bis jetzt angestellten Beobachtungen mit Lactalexin sind mit dem ursprünglichen Präparat ohne Zusatz gemacht.

[18]) v. Poehl. Sitzungsbericht d. russ. Gesellschaft f. Wahrung der Volksgesundheit. 1887.

Unter normalen Bedingungen erweist sich dieses Verhältnis des N-Total zum Eiweiss-N für die Frauenmilch wie 100:93 bis 94. Für die Kuhmilch 100:90 bis 91. Die Kuhmilch enthält also eine grössere Menge intermediärer stickstoffhaltiger Produkte als die Frauenmilch. Bei dieser Gelegenheit verwies ich als auf ein Kuriosum, dass dieser Milchkoeffizient für die Frauenmilch übereinstimmt mit dem Robin-Poehl'schen Harnkoeffizienten für die Bestimmung der Energie der Gewebsatmung: nämlich das Verhältnis des Gesamtstickstoffs des Harns zum Stickstoff des Harnstoffs, welches unter normalen Bedingungen auch gleich 100:93 bis 94 ist. Später hat auch J. Munk [19]) den Stickstoffgehalt der intermediären Produkte, wie er es nennt, „Extraktivstoffe", in der Kuh- und Frauenmich bestimmt und ist genau zu demselben Resultat gekommen. Er hat nämlich gefunden, dass vom Gesamtstickstoff auf Eiweissstoffe bei der Frauenmilch $^{15}/_{16}$, bei der Kuhmilch $^{10}/_{11}$ entfallen. Munk hat dieselben Methoden wie auch ich angewandt, nämlich die Bestimmung des Gesamteiweisses nach Ritthausen und die Stickstoffbestimmung nach Kjeldahl. Die Methode von Ritthausen ist von Munk wesentlich verbessert worden und ist leicht und rasch ausführbar.

Die Frauenmilch unterscheidet sich nach Hammarsten [20]) von der Kuhmilch unter anderem auch durch einen Gehalt an amylolytischem Enzym, welches Stärke in Maltose überführt. Dieses Enzym ist in der Kuhmilch entweder in sehr geringer Menge vorhanden, oder es fehlt vollständig. Da das Lactalexin, aus der Kuhmilch gewonnen, für die Menschen zu therapeutischen Zwecken bestimmt ist, so habe ich es für nötig gefunden, diesem Mangel an amylolytischem Enzym durch einen Zusatz von Malzdiastase zum Lactalexin abzuhelfen.

Sowohl in der Frauen- wie in der Kuhmilch fanden Babcock und Russel ein proteolytisches, von ihnen Galaktase genanntes Enzym, welches dem Trypsin nahe steht, von ihm aber unter anderem dadurch sich unterscheidet, dass es in der Milch, selbst in den früheren Digestionsstadien, Ammoniak entwickelt. Das Vorkommen eines solchen Enzyms ist allerdings von Zaitschek und von Szontagh geleugnet worden, auf der anderen Seite haben aber Vandevelde, de Waele und Sugg [21]) das Vorkommen eines proteolytischen Enzyms in der Milch konstatieren können. Wie wir aus Nachstehendem sehen, ist dieses Enzym in dem Lactalexin enthalten.

Die Darstellung des Spermins resp. des Lactalexins aus der Milch geschah genau in derselben Weise, wie ich das Spermin aus den Testikeln darstelle [22]), wobei die Eigenschaft des Spermins als Phosphat auszukrystallisieren das wesentliche Moment der Reindarstellung bildet.

In der ersten Ausschleuderung der Krystalle vermittelst der Zentrifuge überzeugte ich mich, dass das Spermin in der Milch Begleitkörper hat, die die Eigenschaften haben, unter denselben Bedingungen wie das Sperminphosphat krystallinisch sich auszuscheiden.

Diese Begleitkörper, deren chemische Individualität ich einstweilen noch nicht endgiltig festgestellt habe, weisen auch die meisten Alkaloidreaktionen übereinstimmend auf, wie wir das später aus dem Verzeichniss der Reaktionen des Lactalexins ersehen werden.

Diese Begleitkörper des Spermins in der Milch habe ich mit Dr. Nesteroff und mit meinem Sohne Dr. Alfred v. Poehl physiologisch geprüft.

Diese aus der Kuhmilch gewonnenen Begleitkörper wurden versuchsweise in relativ grossen Mengen Kühen subkutan eingeführt ohne irgend eine merkbare Schädigung hervorzurufen, im Gegenteil, Dr. Nesteroff hatte Gelegenheit in einem Falle von schwerer Kuheklampsie erst 50 und dann 100Ccm. einer 2 % Lösung dieser Körper subkutan einzuführen und es trat Genesung ein. Bei Meerschweinchen und Kaninchen erweisen sich diese Begleitkörper, aus Kuhmilch gewonnen, nicht als ganz indifferent, denn es gingen einige von den Tieren, die täglich subkutane Injektionen erhielten, nach 8—10 Tagen ein, während die Tiere, welche nur Spermininjektionen bekamen, sowohl die Kontrolltiere als die mit den Begleitkörpern behandelten Tiere überlebten. Irgend welche direkt toxischen Eigenschaften kommen diesen Begleitkörpern offenbar nicht zu. Ich habe mir selbst 3 subkutane Injektionen à 2 Ccm. einer 2%-gen Lösung der Chloride der Begleitkörper gemacht ohne irgend welche Schädigung des Allgemeinbefindens, auch riefen die Injektionen, ähnlich den Sperannininjektionen, absolut keine lokale Reizwirkung hervor.

Die Begleitkörper, von denen ich, wie erwähnt, einige in den Testikeln nicht angetroffen habe, scheinen spezifische Bestandteile der Milch zu sein und als solche sind sie auch dazu bestimmt in den Organismus per os eingeführt zu werden. Daher war meine Versuchsanordnung der Einführung dieser Körper ins Blut nicht die richtige. Die Versuche von Dr. Nesteroff haben bei subkutaner Anwendung des Lactalexins bei Kühen sehr gute Resultate gegeben, wie wir aus Nachstehendem ersehen werden.

Da dem Spermin in der Milch offenbar eine Rolle bei der Milchimmunität zukommt, so können wir eine solche auch den Begleitkörpern zuschreiben, umsomehr, da diesen Körpern auch eine katalytische Einwirkung auf die Oxydationsprozesse zukommt ähnlich dem Spermin. Ganz ähnlich wie das Sperminchlorid an der Luft seine charakteristischen Eigenschaften verliert, geschieht dies auch mit den Begleitkörpern. Versuche, die ich anstellte, um diesen Umstand zu beseitigen, ergaben das Resultat, dass Milchzucker, (besonders in Gegenwart geringer Mengen entfetteten Milchpulvers) eine vollkommene Konservierung bedingte. Eine solche Mischung des Milchspermins mit den Begleitkörpern, mit Milchzucker und sehr geringer Menge entfetteter Trockenmilch habe ich unter der Bezeichnung „Lactalexin" zu therapeutischen Zwecken in Vorschlag gebracht [23]). Da die Milchschutzkörper offenbar dazu bestimmt sind, bei stomachaler Einführung ihre Wirkung zu äussern, so fällt die Frage der Herstellung eines Präparats für subkutane Einführung von selbst fort.

Um zu prüfen, ob das Lactalexin stets einen gleichmässigen Gehalt an wirksamen Bestandteilen (Milchspermin und Begleitkörper) enthält, werden alle Mischungen auf ihr Vermögen unter gewissen Umständen Wasserstoffbildung anzuregen geprüft. Die richtige Einstellung der Mischung geschieht durch eventuellen Spermin- oder Milchzuckerzusatz.

(Fortsetzung folgt).

---

[19]) Munk. Jahresbuch d. Tierchemie. 1893 pag. 208. cf. Hammarsten. Lehrbuch d. Physiol. Chemie. 1907. pag. 527.

[20]) Hammarsten. Lehrbuch der Physiolog. Chemie. 1907. pag. 524.

[21]) Babcock und Russel. Zentralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. (II) 6 und Malys Jahresbericht 31. Zaitschek und Szontagh. Pflüger's Arch. 104. Vandevelde, de Waele und Sugg. Hofmeisters Beiträge. 5.

[22]) v. Poehl. Die physiologischen Grundlagen der Spermintheorie. St. Petersburg. 1899.

[23]) Später ist noch aus obenerwähnten Gründen der Zusatz der Milchdrüsennukleinsäure und der Diastase gemacht worden.

Ein Fall von Pachymeningitis cervicalis hypertrophica.

Von

Dr. Christian Siebert in Libau.

(Vortrag, gehalten auf dem I. Kurländischen Aerztetag in Mitau).

Unter Pachymeningitis cervicalis hypertrophica verstehen wir eine chronische Entzündung an der Innenfläche der Dura mater, welche zur Bildung fibrösen Gewebes und dadurch zu bedeutender Verdickung der Dura, oft in Form von Schichten führt. Diese entzündlichen Erscheinungen können sich dann allmählich auf das Rückenmark selbst fortsetzen, durch Fortkriechen der Entzündung in den Bindegewebsseptis oder es kommt durch die oft bedeutende Verdickung der entzündlichen Auflagerungen auf der Dura zur Kompression des Rückenmarks. In besonders hohem Grade leiden die Nervenwurzeln, welche von diesen Rückenmarksabschnitten entspringen, sie werden durch die entzündlichen Wucherungen ummauert und dadurch zum Schwund gebracht. Die Erkrankung hat besonders ihren Sitz in dem Teile der Dura mater, welche den unteren Teil der Cervicalanschwellung umgiebt, sie kann aber auch an anderen Stellen sich entwickeln Es wäre vielleicht richtiger von einer Meningomyelitis zu sprechen, weil in sehr vielen Fällen das Rückenmark selbst in Mitleidenschaft gezogen ist. Es ist ja allerdings schwer, durch den Namen der Krankheit auch gleich das ganze klinische Bild derselben auszudrücken, zumal bei solchen Erkrankungen, welche je nach der anatomischen Verbreitung des Prozesses auch klinisch verschiedene Erscheinungen zu Tage treten lassen.

Die klinischen Erscheinungen dieser Erkrankung, welche durch Charcot eine ausführliche Bearbeitung erhalten hat, nehmen in den typischen Fällen ungefähr folgenden Verlauf: Zunächst treten beim Kranken die Erscheinungen der Reizung der Nervenwurzeln ein, welche mehrere Monate lang sich durch Schmerzen im Nacken, Hinterkopf, Schultern und Arm auszeichnen, zuweilen besteht Einschnürungsgefühl in der oberen Brustgegend. Der Nacken ist steif ohne Schmerzhaftigkeit der Dornfortsätze bei Druck auf dieselben. Zuweilen finden wir Parästhesien in den oberen Extremitäten oder trophische Störungen der Haut, Herpes und dgl. Allgemeinerscheinungen fehlen meist. Allmählich geht die Krankheit in das zweite Stadium über, das durch Erkrankung der Nervenwurzeln, durch neuritische Lähmung und Atrophie der Muskulatur der oberen Extremitäten ausgezeichnet ist. In der Mehrzahl der Fälle entwickeln sich Lähmung und Atrophie im Gebiete des N. medianus und ulnaris, während der N. radialis meist verschont bleibt. Es entsteht die Extensionsstellung der Hand bei gleichzeitiger Klauenstellung der Finger (Predigerhand). In diesen Nervengebieten finden wir mehr oder weniger verbreitet anästhetische Stellen. Allmählich kann die Erkrankung auf das Rückenmark selbst übergehen durch Entwicklung einer Myelitis transversalis und sekundärer Seitenstrangdegeneration, Lähmungen und Kontrakturen der unteren Extremitäten ohne wesentliche Atrophie, nur entsprechend der Inaktivität, Blasen- und Mastdarmstörungen, Decubitus u. s. w., also Erscheinungen einer Myelitis transversalis. Die Krankheit kann in jedem Stadium zum Stillstand gelangen, braucht nicht das Endstadium zu erreichen, obgleich in den meisten Fällen doch Tendenz zur Verschlechterung vorliegt.

Durch die Liebenswürdigkeit von Dr. Brehm und später der Libauschen Krankenhausärzte ist mir die Beobachtung eines Falles von Pachymeningitis cervicalis, dieser relativ seltenen Krankheit ermöglicht, welcher ausserdem einige wesentliche Abweichungen vom gewöhnlichen typischen Bilde darbietet.

G. R., Klempner, 32 Jahre alt, ist früher immer gesund gewesen. Vor einem Jahre stellten sich Schmerzen im Nacken, welche in den Hinterkopf ausstrahlten, ein. Der Kranke hat früher viel getrunken, ist häufig Erkältungen ausgesetzt gewesen, doch kann er über eine luetische Infektion nichts bestimmtes angeben. Die Schmerzen wurden sehr heftig und zu gleicher Zeit bestand Nackensteifigkeit. Trotz der verschiedensten Behandlungsweisen steigerten sich die Krankheitserscheinungen immer mehr und mehr, so dass der Kranke in die chirurgische Klinik von Dr. Brehm gebracht wurde, weil an eine eventuelle Neurektomie der N. occipitales gedacht war. Bei der Untersuchung war an den inneren Organen nichts krankhaftes gefunden, die Atmung erfolgte normal, die Verdauung war in Ordnung, Schmerzen hat der Kranke nie gehabt, das Zahnfleisch war normal beschaffen. Der Kranke klagt über Schmerzen im Hinterkopf, welche bis zum Scheitel hinaufgehen, die Halswirbelsäule ist steif, doch auf Druck nicht schmerzhaft. Die Pupillen sind gleich weit, reagieren, an den Gesichtsnerven nichts krankhaftes zu finden. Kniephänomene normal. Zu diesen Krankheitserscheinungen, welche ca. 1 Jahr lang in mehr oder weniger gleichmässiger Form bestanden hatten, kamen in der Klinik sehr bald noch andere Symptome hinzu, welche die wahre Natur der Krankheit erst klarstellten. Es zeigten sich nämlich zunächst Vertaubungen und Kribbeln in den Fingerspitzen. Die Prüfung der Sensibilität ergab nichts abnormes. Zu gleicher Zeit entwickelte sich im Verlaufe einiger Wochen eine ganze Reihe von Lähmungen und Atrophien im Bereiche des Schultergürtels und Oberarmes, welche zur Vernichtung aller Bewegungen in diesen Gebieten beiderseits führten, während die Muskulatur des Vorderarmes und der Hand zunächst von Lähmung und Atrophie frei blieben. Als erster zeigte der M. deltoides beiderseits eine Abflachung, welche schnell zunahm, so dass der Arm nicht mehr gehoben werden konnte, die Atrophie desselben ist später eine hochgradige geworden. In weiterer Folge werden gelähmt und atrophieren beiderseits die M. supra- et infraspinati und teres minor, die Fossae supra- et infraspinatae sind mit der Zeit als tiefe Gruben sichtbar, besonders rechts. Der serratus antic. major ist gelähmt und auch sichtbar atrophisch, die Zacken sind bei dem ziemlich mageren Individuum ganz verschwunden, der innere Rand der Scapula ist vom Thorax abgehoben, besonders stark rechts. Man kann mit der Hand tief zwischen innerem Rand der Scapula und Thorax hineingreifen. Die M. Pectorales sind beiderseits gelähmt und atrophisch, so dass die Haut direkt den Rippen aufliegt; ferner tritt Lähmung und Atrophie des M. biceps und besonders stark des M. triceps auf. Der Oberarm ist aufs äusserste abgemagert, das caput longum fühlt sich wie ein weicher Strang an. In den gelähmten Muskelgebieten bestehen keinerlei Schmerzen, auch sind die Nerven bei Druck nicht schmerzhaft. Es sind keinerlei fibrilläre Muskelzuckungen nachweisbar. In diesen Gebieten haben sich auch allmählich anästhetische Bezirke gebildet. Die Temperatur ist in der ganzen Zeit normal gewesen, auch haben sich keine Allgemeinerscheinungen, wie Erbrechen oder dgl. gezeigt. Die Reflexe, wie der vom Triceps auszulösende, sind erloschen. Die Halswirbelsäule ist auch im weiteren Verlauf nicht druckempfindlich.. Diese Lähmungen und Atrophien haben sich im Laufe von circa 6 Wochen entwickelt. Lähmung und Atrophien gehen Schritt für Schritt neben einander, beide Arme liegen bewegungslos neben dem

Rumpfe, nur kann die Schulter noch gehoben werden, der N. accessorius funktioniert noch.

Neben diesen Lähmungen, welche mit Atrophie verbunden sind, entwickeln sich noch nebenbei Erscheinungen, welche auf eine Beteiligung des Rückenmarkes hinweisen. Die Kniephänomene, welche anfangs normal waren, werden stark gesteigert, ferner entwickelt sich eine Schwäche beider Beine, eine Paraparese, welche zur Paraplegie führt, zu gleicher Zeit Blasenstörungen, anfangs vorübergehende Erschwerung der Harnentleerung, die allmählich dauernd wird. Ferner entwickelt sich von der Brustwarze abwärts eine Anästhesie, welche am Rumpf besonders stark, aber auch an den unteren Extremitäten recht ausgesprochen ist, und zuletzt verliert sich auch die Beweglichkeit der Hand und Finger, ohne dass eine Atrophie der Muskeln im Gebiete des Vorderarmes und der Hand zu finden ist. Jodkali und Quecksilberbehandlung waren ohne Einfluss auf den Gang der Krankheit.

Wir finden also in diesem Falle ein circa ein Jahr lang dauerndes Stadium der Reizung im Gebiete der sensiblen Nerven des Hinterkopfes, sehr starke Schmerzen im Gebiete des N. occipitalis und Steifigkeit im Bereiche der Halswirbelsäule. Nachdem diese Erscheinungen mehr als ein Jahr bestanden haben, ändert sich das Krankheitsbild, und es treten in schnellerer Reihenfolge eine grosse Zahl von Lähmungen und Atrophien im Gebiete der Schulter- und Oberarmmuskulatur auf, neuritische Lähmungen, welche jegliche Beweglichkeit in diesen Gebieten vernichten. Die oben genannten M. M. deltoides, supra- et infraspinati, pectorales, serrati, biceps, triceps u. s. w. werden gelähmt und atrophieren. Inzwischen schliesst sich an diese Wurzellähmung die myelitische an, welche ohne Atrophie verläuft; die Beine werden paralysiert, es treten Blasenstörungen ein, Anästhesie von den Brustwarzen abwärts. Sehr charakteristisch war das Verhalten der Kniephänomene. Vor der Entwickelung der Lähmungen verhielt es sich vollkommen normal, mit Eintritt der myelitischen Paralysen tritt hochgradige Steigerung derselben ein.

Dieses Krankheitsbild bietet manches interessante dar. Zunächst, dass es sich sehr chronisch entwickelt, dann aber eine recht schnelle Verschlimmerung der Krankheit eintritt, welche zur Entwicklung dieser massenhaften Lähmungen und Atrophien, dann bald noch zur myelitischen Affektion führt, um dann einen scheinbaren Stillstand zu machen. Der pathologische Prozess muss in dieser Zeit eine etwas akutere Phase durchgemacht haben. Das ungewöhnliche in diesem Falle aber ist, dass der Krankheitssitz sich in den höheren Abschnitten des Halsmarkes etabliert hat. Während in den typischen Fällen die Gebiete des N. medianus und ulnaris ergriffen werden, sind diese anfangs frei und werden erst später von der myelitischen Lähmung ohne Atrophie betroffen. Hier werden höhere Abschnitte ergriffen, und die von den Nervenwurzeln des 4. 5. 6. und 7. Halssegmentes versorgten Muskeln sind atrophisch degeneriert. Es liegt ja auch kein Grund vor, dass diese Entzündung der Rückenmarkshaut mit sekundärer Beteiligung des Markes selbst nicht auch einmal einen höheren Sitz einnehmen kann, obgleich ja in der Mehrzahl der Fälle sich in den tieferen Teilen des Rückenmarkes (8. Cervikalsegment und 1. Dorsalsegment) die krankhaften Veränderungen zeigen.

Ueber die Ursache dieser Erkrankung lässt sich in diesem Falle nichts positives nachweisen, eine antiluetische Kur ist ohne Erfolg gewesen. Eine Erkrankung der Halswirbelsäule war nicht zu konstatieren, obgleich der Kranke daraufhin von verschiedenen Seiten untersucht wurde, eine Schmerzhaftigkeit derselben bei Druck auf dieselbe hat nie bestanden, ebenso kein Fieber, so dass in diesem Falle wohl eine Meningomyelitis cervicalis oder wie sie gewöhnlich Pachymeningitis cervicalis hypertrophica genannt wird, diagnostiziert werden dürfte.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Jean Schäffer: Der Einfluss unserer therapeutischen Massnahmen auf die Entzündung. Mit 11 z. T. farbigen Tafeln. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1907. 237 + VIII S.

Verfasser hatte sich die Aufgabe gestellt, die einfachsten seit jeher gebräuchlichen therapeutischen Behandlungsarten — Hitze, Kälte, feuchte Umschläge, sogen. derivierende Mittel und Biersche Stauung — experimentell zu erforschen und durch die mit viel Fleiss und Geschick ausgeführte Arbeit hat er wesentlich dazu beigetragen, die Wirkungsweise dieser Prozeduren aufzuklären und dadurch auch die Indikationsstellung für ihre therapeutische Verwendung bis zu einem gewissen Grade präzisiert. Zur Hervorrufung einer lokalen Entzündung wurden Tieren sterile Katgut- resp. Seidenfäden, die mit chemisch differenten Stoffen oder Bakterienaufschwemmung imprägniert waren, an symmetrischen Stellen nach einem bestimmten Verfahren durch die Haut und das subkutane Bindegewebe gezogen und dann die eine Stelle der betreffenden Behandlung unterworfen, die symmetrische zur Kontrolle unbehandelt gelassen. Nach einer gewissen Zeit wurden beide Stellen «ovalär umschnitten und bis auf die Fascie exzidiert». Darauf wurden diese Stücke mikroskopisch untersucht. Es erwies sich, dass bei Wärmeapplikation die physikalischen Momente in der Erzielung des therapeutischen Effekts eine nur untergeordnete Rolle spielen, während das wesentliche durch physiologische Vorgänge, durch Beeinflussung der Blut- und Lymphgefässe zustande kommt, indem eine aktive Hyperämie ausgelöst und die Stromgeschwindigkeit des Blutes in dem entzündlichen Gebiet bedeutend erhöht und gleichzeitig «eine wesentliche Vermehrung der Lymphzirkulation» hervorgerufen wird. Doch darf die Temp. der heissen feuchten Umschläge eine gewisse Grenze nicht überschreiten, da sonst Gewebsschädigung erfolgen kann. Als obere Grenze fand Verfasser 42° C. An den Leukozyten werden unter dem Einfluss der Wärme besondere Degenerationserscheinungen, die Bildung von Leukozytenschatten beobachtet. Das entzündliche Infiltrat wird durch die lokale Hitze «verringert, beseitigt oder auch ganz verhindert», besonders wenn die Behandlung möglichst frühzeitig vorgenommen wird. Aehnlich wirken Spiritusverbände. Lokale Anwendung einer kleinen Eisblase rief selbst bei mehrstündigem Liegenlassen nur ausnahmsweise eine geringe Kontraktion der Arterien hervor, während die Venen stark dilatiert und von ausserordentlich zahlreichen Leukozyten erfüllt erschienen. Letzteren Vorgang erklärt Verf. durch Lähmung der Aktivität der Wanderzellen. Auf eine schon entwickelte Entzündung übt das Eis nur eine geringe antiphlogitische Wirkung aus, während der symptomatische Effekt immer ein günstiger ist. Bei der Anwendung feuchter Verbände liess sich ein prinzipieller Unterschied in der Wirkungsweise der feuchten Umschläge mit impermeabler Bedeckung und solcher ohne vollständigen Luftabschluss (Priessnitzscher Umschlag) konstatieren. In einem frühen Stadium der Entzündung angewandt bewirken die feuchten Umschläge eine Verminderung der entzündlichen Infiltration. Häufiger Wechsel der Verbände ruft Leukozytenvermehrung hervor, langes Liegenlassen derselben bewirkt — durch die feuchte Wärme — Verringerung, Verteilung und Lockerung des Infiltrats. Priessnitzsche Umschläge rufen vermehrte Leukozytose hervor, aber keine Venendilatation und Hyperämie wie die feuchten Verbände. — Verbände mit konzentriertem Alkohol (95°) bewirken Hyperämie (Arterienerweiterung) und starke lymphatische Fluxion. Schon bestehendes Infiltrat wird verteilt und bei längerer Einwirkung sogar beseitigt. Bei frühzeitiger Anwendung eines konzentrierten Spiritusverbandes gelang es sogar, nicht nur Eiterbildung sondern auch die Bildung eines entzündlichen Infiltrats ganz zu verhindern. — Die Wirkung der Jodtinktur äusserte sich im wesentlichen in einer erheblichen Schädigung des Epithels und der benachbarten Bindegewebsschicht mit Leukozytose, venöser Hyperämie und Oedembildung in der subepithelialen Zone, aber ohne Tiefenwirkung. Von einer «Ablenkung» des Blutes zur Peripherie und Anämisierung der tieferen Gewebsschichten war keine Rede. Quecksilberpflaster rief subepitheliale Leukozytose hervor und auch auf die tieferen Schichten schien das Hg. eine «chemotaktische Wirkung» auszuüben. — Die günstige Wirkung der Stauung (nach Bier) auf entzündliche Vorgänge konnte Schäffer

durch seine Experimente bestätigen. Auf alle die zahlreichen interessanten Einzelheiten der vielfach modifizierten Tierversuche des Verfassers einzugehen, würde zu weit führen. Wir raten aber einem jeden, der sich Klarheit über die physiologische Wirkung der therapeutischen Eingriffe verschaffen will, die täglich, jahrein, jahraus in der Praxis angewandt werden, ohne dass man sich immer Rechenschaft darüber ablegt, was hiermit erzielt wird, das Buch Dr. J. Schäffers vorzunehmen und wir sind überzeugt, dass ein jeder dort vielfache Belehrung und Anregung finden wird. Die beigegebenen Tafeln sind vorzüglich ausgeführt und die ganze Ausstattung des Buches musterhaft.

Fr. Dörbeck.

A. Strasser. Physikalische Therapie der Krankheiten der Niere und Harnwege. Stuttgart. F. Enke. 1908.

Die vorliegende kleine Arbeit bildet das 25. Heft eines vom Marcuse und Strasser herausgegebenen grösseren Werkes: ‹Ppysikalische Therapie in Einzeldarstellungen›. Strasser hat seinen Stoff in 7 Kapitel eingeteilt: Parenchymatöse und interstitielle Erkrankungen der Niere, Wanderniere, Pyelitis, Steinkrankheiten, akute und chronische Cystitis, nervöse Blasenerkrankungen, Erkrankungen der Prostata; zum Schluss eine Literaturübersicht. Die Darstellung ist knapp und klar, auf 78 Seiten ist in grossen Zügen alles Wichtige und Wissenswerte für den praktischen Arzt über die Anwendung des Wassers und der Wässer. (innerlich und äusserlich), der Massage, Gymnastik, Elektrizität etc. bei Behandlung der Krankheiten der Harnorgane zusammengefasst. Ein jeder Arzt wird das Buch mit Erfolg zur Hand nehmen, die physikalischen Heilmethoden werden ohne Frage noch zu wenig gewürdigt und verdienen eine weit grössere Beachtung und Kenntniss.

W. Schiele.

A. Brandweiner. Leucoderma syphiliticum. Mit 2 chromolithographischen Tafeln und 2 Tabellen. Fr. Deutike. Leipzig und Wien. 1907.

Das kleine Werk ist in der Wiener dermatologischen Klinik unter Leitung Fingers entstanden, und dem Verfasser stand das Material der Klinik zur Verfügung. Er hat seine Untersuchungen daher auf 421 Patienten ausdehnen können, und seine Arbeit steht in dieser Beziehung an erster Stelle. Sie zerfällt in 3 Teile, einen historischen, klinischen und histologisch-ätiologischen. Trotz seiner zahlreichen klinischen und histologischen Untersuchungen wagt Autor die Frage des Leucoderma nicht als endgültig geklärt anzusehen. Er neigt zur Ansicht, dass das syphilitische Virus eine spezifische Entzündung hervorrufe, durch die die basalen Rete zellen in ihrer Funktion alterniert werden und für längere Zeit die Fähigkeit verlieren, Pigment zu bilden. Das in der Cutis zu findende Pigment wäre als Folge der entzündlichen Veränderungen aufzufassen und hat mit der Depigmentierung in der Epidermis nichts zu tun.

W. Schiele.

The Johns Hopkins Hospital Reports. Bd. XIV. Studien über die Hypertrophie und den Krebs der Prostata. Baltimore 1906.

Der vorliegende XIV. Band schliesst sich würdig dem von uns vor kurzem besprochenen XIII. der Berichte des berühmten Baltimorer Hospitals an. Es finden sich in ihm zwei bemerkenswerte grosse Arbeiten von H. H. Young: Die Behandlung der Prostatahypertrophie vermittelst konservativer perinealer Prostatektomie, Diagnostik und radikale Therapie des Prostatakarzinoms, und ferner noch eine kleine Arbeit desselben Verfassers über Recto-Urethralfisteln. Autor schildert und empfiehlt seine konservative Methode der Prostatektomie, die er in 145 Fällen angewandt hat. Sie besteht zum Unterschied der anderen operativen Methoden darin, dass sie die ganze Urethra, den Sphincter urethrae und die Duktus ejoculatorii schont und erhält, somit auch die Potenz nicht vernichtet. Die Mortalität betrug 4,3 pCt., der Enderfolg in Bezug auf spontane Harnentleerung, Erhaltung, ja selbst Wiederherstellung der Potenz war äusserst günstig. Autor giebt eine durch zahlreiche Bilder bereicherte genaue Beschreibung der Operation, des speziellen Instrumentariums, der Krankheitsformen und schliesslich die Krankengeschichten, die sehr instruktiv sind. Dasselbe Interesse verdient die zweite grosse Arbeit über die Therapie und Diagnose des Prostatakarzinoms, zu deren Grundlage 40 Fälle dieses Leidens dienten. Die an einem so reichen Material gesammelten Erfahrungen und Schlüsse des Verfassers sind durchaus bemerkenswert und seine Ausführungen verdienen alle Beachtung.

W. Schiele.

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 12. Oktober 1907.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

G. Swirski: Ueber den Einfluss einiger Opiumkaloide auf den Magendarmkanal.

Nachdem der Einfluss des Morphins auf den Darmkanal hungernder Kaninchen vom Vortragenden in Angrift genommen und die Fortsetzung der Untersuchungen von N. W. Krylow [1]) übernommen worden, machte Vortragender über das Resultat der Versuche in der Med. Gesellschaft (cf. Petersb. Med. Wochenschrift 1904, S. 527) Mitteilung. Es war nun von Interese einige andere Opiumalkaloide in ihrer Wirkung auf den Magendarmkanal zu prüfen.

Die Methode der Untersuchung war genau dieselbe wie sie vom Vortragenden im Arch. f. exp. Path. u. Pharmakol. Bd. 48. S. 282 beschrieben worden. Zur Untersuchung kamen die salzsauren Salze des Papaverin, Narcotin, Narcein und das Codein phosph.; von diesen Mitteln wirkten Papaverin und Codein dem Morphin ähnlich, d. h. nach 3 × 24-stündigem Hunger mit einem Maulkorbe war noch Inhalt im Magen des Hundes da, der auf vor Beginn des Hungers eingeführte Speise zurückzuführen war. Es war also eine Abschwächung der Peristaltik des Magens in Folge des Papaverins und Codeins eingetreten. Bei der Behandlung der Tiere mit Papaverin hydrochl. zeigte es sich, dass 2 mal in 24 St. zu 0,5 g. verabfolgt, das letztere den Tod nach 40 Stunden bewirkte, während 0,6 in Einzeldosen von 0,1 in 3 × 24 Stunden verabfolgt, erst nach Ablauf des 3. Tages toxische Erscheinungen herbeiführte. Nach Einführung von 0,1 Papaverin tritt bei Kaninchen von 1200 g. Gewicht nach ca. 10—15 Min. eine Narkose mit Erweiterung der Pupillen ein und vor Allem eine eigentümlich zitternde Bewegung des Kopfes um seine Längsachse. Sinkt der Kopf auf eine Unterlage herab, so hört das Zittern auf, um bei freier Haltung wieder aufzutreten. Am stärksten äussert sich das Zittern, wenn das Tier berührt wird. Katalepsie, wie sie v. Schroeder beschreibt (Arch. f. exp. Path. u. Pharmakol. Bd. 17. S. 132), habe ich an meinen Tieren nicht beobachten können. Beim Codein fand ich entsprechend den Angaben Schroeders nach Injektion kleiner Quantitäten, 0,015—0,02, eine deutliche Narkose. Bei Dosen von 0,045 tritt sehr bald erhöhte Reflexerregbarkeit ein, nach Wiederholung der Dosis sieht man Erweiterung der Pupillen, die Reflexerregbarkeit steigert sich, und man beobachtet tetanische Krämpfe, die noch vorübergehen können. Ich habe in 4 × 24 St. im Durchschnitt 0,215 Codein. phosph. injiziert. In allen Fällen war nach einem Hunger von 3 — 4 × 24 St. im Magen durchschnittlich 2,5 g. bei 100° C. getrockneter Inhalt vorhanden.

Anders verhielten sich Narkotin und Narcein. Vom Narkotin wurde 0,25 pro dosi 2 mal täglich subcutan eingeführt. Nach der Injektion liess sich eine leichte sehr bald vorübergehende Narkose bemerken. Nach Verbrauch von 1,0 Narkotin in 3 × 24 Stunden war keine Spur von Inhalt im Magen nachzuweisen, während nach Verbrauch von 1,5 g. im Magen 1,0 g. Inhalt sich vorfand, was auf eine ganz geringe Herabsetzung der Peristaltik hinweist trotz der enormen Dosis (normale Füllung des Magens ist bei reinem Maulkorbhunger 0,3 g.). Narcein. hydrochl. wurde ebenfalls in Gaben von 0,25 subcutan eingeführt und in 3 × 24 St. 1,5 g. verbraucht, ohne auch nur den geringsten Einfluss auf die Peristaltik des Magens auszuüben. Ebenso wurde auch keine Narkose beobachtet. Wenn man die enorm grossen Gaben berücksichtigt, so kann man wohl sagen, dass die beiden Mittel auf die Fortbewegung des Magendarminhaltes in mittleren Gaben keinen behindernden Einfluss ausüben. Die Verteilung des Magendarminhaltes war wie bei Kaninchen, die ohne weitere Behandlung mit einem Maulkorbe versehen hungern. Die geringfügige Herabsetzung der Peristaltik des Magens durch 1,5 g. kommt hierbei nicht in Betracht. Es hat dieses Faktum das Interesse, dass einer leichten Narkose auch eine leichte Herabsetzung der Peristaltik entsprach, freilich bei einer enormen Dosis. Eigentümlicherweise wird noch jetzt in einigen Werken wie Pictet-Wolffenstein (die Pflanzenalkaloide, Berlin 1900, S. 279) und Quareschi (Einführung in das Studium der Alkaloide) angegeben, dass das Narcein von allen Opiumalkaloiden die ausgeprägtesten narkotischen Eigenschaften hätte.

Auf die neuere Versuchstechnik am Magendarmkanal übergehend, erwähnte Vortragender der Arbeiten von R. Mag-

[1]) N. W. Krylow: Ueber den Einfluss des Morphins auf den Magendarmkanal hungernder Kaninchen. Pflüger's Arch. Bd. 102.



nus (Pflügers Archiv, Bd. 102, 103, 108 und 116) über Versuche am ausgeschnittenen Darm der Säugetiere. Entsprechend dem Vorgange Langendorffs das ausgeschnittene Säugetierherz durch einen sinnreichen Apparat der Analyse zugänglich zu machen, hat der genannte Autor den Dünndarm von Katzen (die sich am besten eignen, ganz wie die Katzenherzen in Langendorffschen Versuche), Hunden und Kaninchen isoliert untersucht. Der vom Mesenterium des eben getödteten Tieres vollständig abgetrennte Dünndarm wird in eine Schale mit Locke-Ringerscher Flüssigkeit (Kochsalz 0,9 pCt., Natrumbicarbonat 0,03 pCt., Chlorcalcium 0,024 pCt., Chlorkalium 0,042 pCt.) getan, die durch Sauerstoff in langsamem Strome bei 38° C. durchperlt wird. Von diesem Dünndarme werden dann Stücke von 3—4 Cm. Länge herausgeschnitten und in einer anderen Schale, die ebenfalls die Nährflüssigkeit enthält nach Fixation an einem Glasstabe mit einem Hebel verbunden, der die Bewegungen auf einem Kymographion verzeichnet. In dieser Weise konnte der intakte Darm, dann die abgetrennte Längsmuskelschicht, an der der Auerbachsche Plexus dranbleibt, ferner die Ringmuskulatur frei von dem Auerbachschen Plexus, wie auch von der Submucosa und Mucosa getrennt untersucht werden. Es erwies sich, dass automatische Bewegungen, Rhythmizität und refraktäre Periode in den Auerbachschen Plexus zu verlegen sind. Die Muskulatur selbst hat weder die Fähigkeit zu automat. Bewegungen, noch verfällt sie auf Dauerreiz in rhythmische Bewegungen. An der Muskulatur tritt auf Dauerreiz Tetanus ein. Erregungsleitung tritt auch in Praeparaten auf, die frei vom Auerbachschen Plexus sind; diese Erregungsleitung wird dann durch das in die Muskulatur eingebettete Nervennetz besorgt.

Leider hat Magnus in die Zahl der von ihm nach der angegebenen Methode untersuchten Mittel das Morphin nicht aufgenommen. Er versuchte aber auf einem Umwege die Wirkung des genannten Alkaloids zu studieren. Er durchschnitt die postganglionären Fasern des Splanchnicus, liess die Katzen 9—22 Tage in Ruhe, rief durch Milchfütterung Durchfall hervor und stopfte durch 5 Centigramm Morphin, subcutan injiziert, den Durchfall. Dadurch war erwiesen, dass zur stopfenden Wirkung der Splanchnicus nicht nötig war. Von Nothnagel war hingegen früher die stopfende Wirkung des Morphin auf die Reizung des Splanchnicus durch kleine Gaben Morphin zurückgeführt worden; grosse Gaben Morphin lähmten nach ihm den Splanchnicus, sodass dann wieder Peristaltik erregt wurde. Bei diesen Versuchen wurde nach Nothnagels Vorgang im ClNa-bade der Kaninchendarm mit einem Kochsalzkrystall gereizt. Bei normalem Dünndarm trat eine peristaltische Welle auf, die magenwärts verlief. Nach kleiner Morphingabe trat nur eine lokale Kontraktion auf, die Welle verschwand; das war die Folge der Splanchnicusreizung, die Peristaltik wurde durch sie gehemmt. Diese Methodik ist in letzter Zeit viel angefochten worden und erscheint beim Studium der Darmbewegungen nicht förderlich.

In Bezug auf die Versuche von Magnus glaubt Vortragender hinzufügen zu müssen, dass Magnus nachgewiesen hat, dass bei einer Katze, die keinen Splanchnicus hat, der Durchfall durch Morphin gestillt werden kann; daraus folgt aber noch nicht, dass für gewöhnlich der Splanchnicus bei der stopfenden Wirkung des Morphins keine Rolle spielt. Nach Ausfall der äusseren, zentralen Innervation übernehmen in der Darmwand selbst belegene hemmende Elemente, so gut sie es eben können, die Funktion des Splanchnicus; für gewöhnlich brauchen sie es nicht zu tun. Bei Tieren, denen der Splanchnicus (die zentralen hemmenden Einflüsse) vollständig entfernt ist, treten überhaupt leicht Durchfälle ein, da die motorischen zentralen Einflüsse das Uebergewicht erhalten. Das dauert verschieden lange Zeit bei den operierten Tieren, bis sich entweder aus noch nicht zerstörten Fasern oder auch aus den in der Darmwand selbst belegenen Nervenelementen ein physiologischer Antagonismus zu der zentralen motorischen Innervation (Vagus) herausbildet. Stellt man sich nun vor, dass die zentralen motorischen Impulse allein durch Morphin herabgesetzt werden, so muss notwendiger Weise der hemmende zunehmen. Die in der Darmwand selbst belegenen hemmenden Impulse brauchen hierbei selbst garnicht von Morphin berührt zu sein, es wächst nur ihr durch Schwächung der motorischen Vagusimpulse hervorgegangener Hemmungstonus. Es könnte also eine nach Magnus operierte Katze ihren Durchfall verlieren durch Abschwächung der motorischen Vagusimpulse allein. Hieraus würde folgen, dass kleinere Morphinmengen, die nur die zentralen Vagusimpulse herabsetzen, die hemmende Wirkung des Splanchnicus erhöhen, ohne dass das Zentrum selbst vom Gifte erregt ist. Da Mittel, die eine narkotische Wirkung überhaupt bei Kaninchen entfalten, auch die Peristaltik des Magens herabsetzen (Urethan, Chloralhydrat, Morphin, Papaverin, Codein, Narkotin; das Codein in geringerem Grade, das Narkotin nur bei enormen Gaben), so ist eine solche Annahme nicht ganz von der Hand zu weisen.

Vortragender spricht ferner: Ueber die kombinierte Wirkung von Atropin und Morphin auf den Magendarmkanal hungernder Kaninchen. Nach der vom Vortragenden oben angegebenen Methodik wurde die von Binz beobachtete antagonistische Wirkung von Atropin und Morphin auch für den Magendarmkanal einer Prüfung unterzogen. Es ergab sich bei dieser Untersuchung folgendes interessante Resultat. Wie oben angegeben, brachte Morphin zu 0,02 mehrmals täglich subkutan injiziert nach einem Maulkorbhunger von 3 bis 4 × 24 St., wobei ca. 0,14 Morph. mur. verbraucht waren, eine Herabsetzung der Magenperistaltik hervor, sodass im Durchschnitte 2—3 Gramm bei 100° C. getrockneter Mageninhalt nachzuweisen waren. Es liess sich nun durch Versuche feststellen, dass bei einer Verabfolgung von 0,005 Morph. mur. täglich, wobei im Ganzen 0,015 in 3 Tagen verbraucht wurden, im Magen kein Inhalt vorhanden war. Es war also 0,015 Morphin für 3 Tage eine Dosis, die keine Herabsetzung der Peristaltik herbeiführte. Atropin in Einzeldosen, 0,01—0,1 mehrmals täglich subkutan appliziert, sodass im Ganzen 0,3—0,8 Atropin sulf. in 3 — 4 × 24 St. verbraucht wurden, brachten keine Herabsetzung der Peristaltik hervor, der Magen war vollkommen leer. Wenn nun die Menge Morphin, die allein wirkungslos war, mit Atropin in den obenangegebenen Mengen zusammen injiziert wurde, so trat eine Herabsetzung der Peristaltik des Magens ein, man fand jetzt nach 3 × 24 Stunden eine Inhaltsmenge in ihm vor, wie sie sonst nur bei einer Verwendung von der 10-fachen Dosis Morphin eintrat. Es entwickelt also eine geringe an sich wirkungslose Menge Morphin unter Mithilfe von Atropin einen Effekt am Magendarmkanal der Kaninchen, der sonst einer 10-fach stärkeren Dosis zukommt. In welcher Weise diese Beobachtung zur Erklärung der kombinierten Anwendung von Atropin und Morphin bei Ileus beitragen könnte, hängt noch von weiteren Untersuchungen ab.

(Autoreferat).

Diskussion:

Beresowski fragt ob, man an ganz nervenlosen Darmabschnitten Peristaltik beobachten kann. Swirski erwidert hierauf, dass, wie er schon im Vortrage hervorgehoben, es nicht möglich sei, Darmabschnitte absolut von Nerventeilen zu befreien.

Dehio erwähnt, dass nach v. Uexkülls Untersuchungen an Sipunculus Automatie ohne Centren nicht vorkäme.

Riemschneider führt an, dass bei niederen Tieren — ob speziell bei Sipunculus kann er nicht sagen — stets in den Nervensträngen Ganglienzellen verteilt sind. Ferner weist R. darauf hin, dass bei Urethan möglicher Weise, ebenso wie beim natürlichen Schlaf die Herabsetzung der Peristaltik unter der Beeinflussung durch das Grosshirn zustande kommt.

Swirski: Die Urethan-, Chloral- und Morphinwirkung kann nicht ausschliesslich auf Wirkung vom Gehirn aus zurückgeführt werden, da Schütz auch am ausgeschnittenen Magen von Tieren, die mit den genannten Mitteln behandelt wurden, noch eine Herabsetzung der Peristaltik bemerken konnte. Die Verlangsamung nach diesen Mitteln kommt zustande: 1) dadurch dass die Vagi in ihrer motorischen Tätigkeit herabgesetzt werden, 2) durch Reizung des Splanchnicus, wodurch Hemmung herbeigeführt wird, 3) durch direkte Ganglienwirkung (Betäubung bes Auerbachschen Plexus).

Beresowski kommt kurz auf die Verschiedenheit in der Wirkung grosser und kleiner Morphingaben zurück, worauf Swirski näher seinen Standpunkt gegenüber der Nothnagelschen Methodik der Morphinprüfung praezisiert.

Russow hebt die Bedeutung von Swirskis Untersuchungen über kombinierte Atropin-Morphinwirkung hervor. Seit Batschs Publikationen über Ileusbehandlung mit übermaximalen Atropingaben sind wohl eine ganze Reihe von Mitteilungen aus der Praxis erschienen, experimentelle Untersuchungen von Fachleuten sind aber spärlich veröffentlicht worden. Eine weitere Untersuchung ist daher erwünscht.

2. Herr Dehio berichtet ausführlich über die Krankengeschichte und das Sektionsprotokoll des verstorbenen Kollegen Ch. Ströhmberg.

z. Z. Sekretär: Russow.

Tagesnachrichten.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Internationaler Tuberkulose-Kongress in Washington. Wie wir erfahren, haben sich durch Vermittelung des Russischen National-Komitees des Internationalen Tuberkulose-Kongresses in Washington bisher aus Russland etwa 40 Personen durch Bezahlung der Mitgliedskarte dem Kongresse angeschlossen. Ob auch alle den Kongress mitmachen werden, ist eine andere Frage. So mancher löst die Mitgliedskarte nur, um sich die Zusendung der Kongressberichte zu sichern. Soweit bekannt, werden die Reise zum Kongresse etwa 20 Mitglieder antreten. Aus St. Petersburg reisen als Delegierte Dr. Alexander Wladimiroff, delegiert vom Medizinalrat und zugleich als Generalsekretär des russischen Nationalkomitees, Dr. A. Nikitin, delegiert vom Ministerium der Volksaufklärung; Dr. S. Unterberger, Chefarzt des Gardekorps, delegiert vom Kriegsministerium; Dr. Th. Germann, delegiert von der St. Pet. Augenheilanstalt. Im Ganzen ist das wohl nur eine recht bescheidene Beteiligung. Auffallenderweise ist aus den Ostseeprovinzen nur eine Anmeldung eingelaufen. Natürlich ist nicht ausgeschlossen, dass in Washington die Gruppe der russischen Aerzte etwas zahlreicher sich erweist, da Einzelne die Fahrt ohne vorherige Anmeldung beim National-Komitee antreten können. Eine Gruppe von 14 russischen Kongressmitgliedern, darunter die genannten Delegierten, reist mit einem Dampfer der Skandinavien-Amerika Linie am 28. August (10. September) von Kopenhagen ab. Wir wünschen ihnen eine glückliche Fahrt und drüben besten Erfolg.

— XI. Internationaler Kongress der Augenärzte in Neapel vom 2.—7. April 1909. Das Organisationskomitee hat ein zweites Zirkular versandt. Es wird darin mitgeteilt, dass vorher — vom 30. März bis zum 3. April — eine internationale Vereinigung — Congrès international de Typhlologie tagen wird, um Fragen zu besprechen, die das Blindenwesen angehen. Zu einer Nachmittagssitzung dieser Vereinigung sollen auch die in Neapel versammelten Augenärzte eingeladen werden, um gemeinschaftlich die Frage zu besprechen ob es zulässig ist, «Patienten, denen Erblindung droht, hierüber die Wahrheit zu sagen, damit sie sich, so lange sie noch ein gewisses Sehvermögen besitzen, vorbereiten können auf die ihnen bevorstehenden neuen Lebensbedingungen». Die Sitzungen werden in den Räumen der Universität stattfinden. Eine Ausstellung von Gegenständen und Präparaten aus dem Gesamtgebiet der Augenheilkunde wird in der Clinica Oculistica in S. Andrea delle Dame ihren Platz finden.

In Anlass des Kongresses sind, zum Andenken an den verstorbenen Gründer der Augenklinik zu Neapel Prof. Carlo Vincentiis, sechs goldene Medaillen gestiftet worden «Prix de Vincentiis». Drei sind Italienern vorbehalten, drei Medaillen können an Ausländer vergeben werden. Die besten noch nicht veröffentlichten Arbeiten junger Augenärzte sollen ausgezeichnet werden — à titre d'encouragement.

Als letzter Termin für die Einsendung von Mitteilungen ist der 31. Oktober 1908 angegeben. Bekanntlich wurden bereits auf dem X. internationalen Kongresse der Augenärzte zunächst nur die Mitteilungen auf den Sitzungen besprochen, die im Druck vorlagen. Verspätete, nicht gedruckte Mitteilungen fanden nur Berücksichtigung, soweit es die Zeit erlaubte oder wenn das Thema ein besonderes praktisches Interesse bot. Das Organisationskomitee bittet um Einzahlung der Beiträge im Laufe des Januar 1909. Die Einschreibegebühr für den Kongress beträgt Fr. 25 für die aktiven Mitglieder und Fr. 10 für jedes Familienmitglied. Dem Geldbetrage ist eine Visitenkarte mit genauer Adresse beizulegen. Geldanweisungen und Manuskripte können direkt geschickt werden an: Prof. Arnaldo Angelucci — Clinica Oculistica in S. Andrea delle Dame — Napoli, oder an die korrespondierenden Mitglieder für Russland: Prof. A. Krjukow, Moskau, Malaja Nikitskaja 22 und Dr. Th. Germann, St. Petersburg. Augenheilanstalt, Mochowaja 38. Wer den Mitgliedsbeitrag eingezahlt hat, erhält rechtzeitig zugesandt die Erkennungskarte, die strikt persönlich ist. Die Karte giebt Anrecht auf Preisermässigungen für die italienischen Bahnen und auf gewissen Dampferlinien. Sie giebt Anrecht auf freien Eintritt in die öffentlichen Museen und Denkmäler, und bietet Aufenthaltserleichterungen. Vorausbestellungen von Zimmern in den besten Hôtels Neapels können angemeldet werden bis zum Ende des Februar 1909. Gemeinschaftliche Ausflüge sollen unternommen werden: nach Capri, in die blaue Grotte, Sorrento, Pompeji, Pozzuoli. In liberaler Weise haben die Regierung, die Stadtverwaltung und Privatgesellschaften ihre Unterstützung zugesagt.

Möglichste Verbreitung dieser Mitteilung ist durchaus erwünscht. Selbstverständlich können auch Aerzte anderer Spezialitäten Mitglieder des Kongresses sein.

— Die 80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte findet am 20.—26. September (n. St.) d. J. in Köln statt. Es sind 415 medizinische Vorträge angemeldet. Die Hauptthemata sind: Rubner (Berlin): Kraft und Stoff im Haushalt des Lebens; Wright (London): Vaccinetherapie und Kontrolle der Behandlung mittels des opsonischen Indexes; Doflein (München): Die krankheitserregenden Trypanosomen und ihre Bedeutung für Zoologie, Medizin und Kolonialpolitik; Einthoven (Leyden): über das Elektrokardiogramm. Von dem Vorstande der Abteilung für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften ist an Dr. F. Dörbeck (St. Petersburg) die spezielle Aufforderung ergangen, an dem Kongress teil zu nehmen und einen Vortrag aus der Geschichte der Medizin zu halten. Dieser Aufforderung folgend, hat F. Dörbeck einen Vortrag «Ueber die Anfänge der Medizin in Russland» angemeldet.

— Wie bereits in Nr. 24 mitgeteilt war, findet der IV. Internationale Kongress für Thalassotherapie vom 15.—17. (28.—30. n. St.) September dieses Jahres in Abbazia statt, unter dem Protektorat des Erzherzogs Rainer und dem Präsidium von Prof. Glax. Anfragen sind zu richten an den Präsidenten des russischen Organisations-Komitees Prof. Dr. A. v. Poehl in St. Petersburg, Wass. Ostr. 7. Linie, Nr. 18. Hinsichtlich der Fragen, welche als Gegenstand der Berichte des Kongresses bestimmt sind, verweisen wir auf die Mitteilung in Nr. 24.

Epidemiologisches.

— Die Cholera macht im Russischen Reiche immer weitere Fortschritte. Es sind bereits auch von dem zuerst heimgesuchten Wolgagebiet entfernte Orte, wie Charkow, Baku, Perm, Tjumen von der Seuche ergriffen worden. Besonders gefährlich erscheint das Auftreten der Cholera in Nishni-Nowgorod, wo gegenwärtig wegen des Jahrmarktes ein Konflux von Menschen aus allen Gegenden des Reiches stattfindet und die Seuche daher leicht verschleppt werden kann. — Im Gouv. Astrachan erkrankten am 4. August 61 Personen an der Cholera und starben 21; in der Stadt Samara erkrankten und starben am 2. und 3. Aug. 5 Personen, in der Stadt Nishni-Nowgorod erkrankten am 3. Aug. 4 Pers. und starb 1; in Rostow a/Don erkrankten am 3. Aug. 31 und starben 10 Pers., im Gebiet der Donischen Kosaken 9, resp. 3 Personen. Nach dem Bericht der Antipest-Kommission waren seit dem Ausbruch der Cholera im Reiche bis zum 3. August insgesamt 879 Personen an der Seuche erkrankt und 443 Personen gestorben.

— Die Petersburger Stadtverwaltung hat die sanitäre Aufsicht über die Häuser und Verkaufsläden in der Residenz durch Engagierung von 30 Studenten der Medizin verstärkt.

— Im hiesigen städtischen Isolierhause wurden im Laufe der vorigen Woche an 42 Personen Schutzimpfungen gegen die Cholera vorgenommen. Der Leiter dieser Schutzimpfungen, Dr. Tylinski, hatte sich vorher selbst geimpft, um die Wirkung derselben an seinem Körper zu erproben.

— Pest. Unter den Kirgisen im Revier von Talowka wurden am 24. Juli pestverdächtige Erkrankungen registriert; von den 8 Erkrankten starben 3, bei denen die Bubonenpest durch die Untersuchung konstatiert wurde. Bis zum 3. Aug. incl. wurden 8 neue Pestfälle, sowie 6 Todesfälle gemeldet. Am 4. und 5. Aug. sind keine weiteren verdächtigen Erkrankungen vorgekommen.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Der Minister der Volksaufklärung hat, wie der «Sswjet» erfährt, dem Konseil der Universität Kiew gestattet, die wegen der November-Unruhen im vergangenen Jahre relegierten Studenten wieder zu immatrikulieren. Wie erinnerlich, wurden damals für die Teilnahme an den Unruhen 800 Studenten ausgeschlossen.

— Das Ministerium der Volksaufklärung hat nachträglich gestattet, dass beim Eintritt in das weibliche med. Institut diejenigen Personen von einer erneuten Ergänzungsprüfung im Lateinischen befreit werden können, welche die Prüfung im Lateinischen vor dem Er-

scheinen des ministeriellen Zirkulars vom 22. März 1908 bereits bestanden haben.

— Der Zudrang von Russen zum Studium an ausländischen Universitäten und anderen höheren Lehranstalten ist ein sehr grosser. So studierten im verflossenen Jahre in der Schweiz 2458 Russen, in Frankreich 2704 und in Deutschland sogar 4496 Russen.

Standesangelegenheiten.

— Der Exdeputierte der zweiten Reichsduma, Landschaftsarzt Dr. J. E. Markow, ist aus der Haft entlassen, jedoch aus dem Gouvernement Pensa ausgewiesen worden.

— Die mittlere Lebensdauer der Aerzte beträgt, wie der «Medical Record» mitteilt, nach den statistischen Zusammenstellungen aus verschiedenen Ländern gegen 57 Jahre. Wenn man von den Erkältungs- und Infektionskrankheiten absieht, so fallen die Erkrankungen des Gefässsystems durch ihr häufiges Vorkommen bei Aerzten auf. Die Angina pectoris kann geradezu die «Doktorkrankheit» genannt werden. Häufig sind unter den Krankheiten der Aerzte auch die Neurasthenie und einige Formen von Neurosen. (R. Wr.).

— Durch ein Zirkulär des Ministeriums der Volksaufklärung wird angeordnet, dass an Mädchenschulen bei eintretender Vakanz der Arztstelle weibliche Aerzte angestellt werden. Falls ein Arzt zur Bestätigung auf einem Arztposten an einer solchen Schule vorgestellt wird, so hat der Schulvorstand zugleich den Grund anzugeben, weshalb nicht eine Aerztin vorgestellt worden ist.

Personalia.

— Der ältere Arzt des Kreuzers «Oleg», Hofrat Dr. Bogdanow, ist zum Ehrenleibmedikus des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung.

— Der Gehülfe des Chefs der Ober-Militärmedizinalverwaltung, Geheimrat Dr. Peter Heinz, ist nach mehr als 30-jährigem Dienst verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Geheimrat.

— Der Medizinalinspektor des Hafens Kaiser Alexander III. und Chefarzt des Marinehospitals in Libau, wirkl. Staatsrat Dr. Porphyrius Cholschtschewnikow, ist mit Uniform und Pension verabschiedet worden, unter Beförderung zum Geheimrat. Zu seinem Nachfolger in Libau ist der bisherige Medizinalinspektor des Hafens und Chefarzt des Marinehospitals in Wladiwostok, wirkl. Staatsrat Dr. Alexei Rontschewski, ernannt worden, an dessen Stelle der jetzige Gehülfe des Medizinalinspektors des Sewastopolschen Hafens, Staatsrat Dr. M. Obesjaninow, tritt.

— Zum Rektor der Universität Bern ist der Professor der Pharmazie und Direktor des pharmazeutischen Instituts Dr. A. Tschirch gewählt worden.

— Zum Rektor der Universität Rostock für 1808/9 wurde der Psychiater Prof. Dr. Schuchardt gewählt.

— Zu Mitgliedern des Reichsgesundheitsamtes in Berlin wurden u. a. der Berliner Kliniker Prof. Dr. Kraus und der Pharmakologe Prof. Dr. Schmiedeberg in Strassburg gewählt.

— Ein Sohn des verstorbenen berühmten Chirurgen Ernst v. Bergmann, Dr. Gustav v. Bergmann, hat sich als Privatdozent für innere Medizin an der Berliner Universität habilitiert.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 21. Juli in Wesenberg (Estland) der dortige Kreisarzt Dr. Konrad Martinson im 51. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medizinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1878—1886 studierte und 1885—86 Assistent an der ophthalmologischen Klinik war. Nach Erlangung der Doktorwürde im Jahre 1886 liess er sich als praktischer Arzt in Wesenberg nieder, war dann eine Reihe von Jahren Kommunalarzt in der Kolonie Eichenfeld und in Prischib (im Taurischen Gouv.) und in den letzten Jahren wieder praktischer Arzt in Wesenberg, wo er seit dem Juli 1906 auch als Kreisarzt fungierte. 2) Am 24. Juli in Kiew der frühere Professor der Histologie und Embryologie an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrat Dr. Jakob Jakimowitsch, im Alter von 60 Jahren. Neben seiner Lehrtätigkeit übte er auch die ärztliche Praxis aus, und zwar als Spezialist für Nervenkrankheiten. 3) In Winniza der freipraktizierende Arzt Sigismund Sapolski im 65. Lebensjahre nach fast 40-jähriger ärztlicher Tätigkeit. 4) In Helsingfors am 26. Juni der Gehülfe des Direktors der St. Petersburger Irrenanstalt «Aller Leidtragenden» Dr. Paul Goroschkow im Alter von 48 Jahren. Der Verstorbene war ein Schüler der hiesigen militär-medizinischen Akademie, welche er im Jahre 1886 absolvierte. Seine praktische Tätigkeit begann er als Ordinator am Chersonschen Gouvernements-Landschaftshospital, beschäftigte sich dann speziell mit der Psychiatrie in der Klinik des Prof. Mierzejewski, bis ihm i. J. 1902 die Leitung der psychiatrischen Abteilung im Pleskauschen Gouvernements-Landschaftshospital und später auch die der neueingerichteten Irrenkolonie übertragen wurde. Im vorigen Jahre kehrte er nach Petersburg zurück und übernahm die obenerwähnte Stellung. Seit einigen Monaten traten bei ihm häufig stenokardische Anfälle auf, ein solcher Anfall hat nun auch seinem Leben vorzeitig ein Ziel gesetzt. Dr. Goroschkow galt als ein tüchtiger Psychiater und erfreute sich grosser Liebe bei seinen Patienten und seinen Untergebenen.

Verschiedene Mitteilungen.

— Wie die «Nordl. Ztg.» hört, sind von dem, wenn wir uns nicht irren, in Fellin (Livland) lebenden Bildhauer Aug. Weizenberg mehrere Entwürfe zu einem Grabdenkmal für den verstorbenen Prof. Ernst v. Bergmann hergestellt worden.

— Auf der St. Petersburger Station der Nikolai-Eisenbahn wurde am 27. Juli ein neues Gebäude eingeweiht, welches speziell für das ärztliche Kabinett und das Ambulatorium dieser Bahn bestimmt ist.

— Lepra in Livland. Nach dem diesmal durch äussere Umstände verspäteten Rechenschaftsberichte der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland für das Jahr 1907 befanden sich zum 1. Januar 1908 in den drei livländischen Leprosorien im ganzen 186 Lepröse in der Obhut der Gesellschaft, d. h. gerade ebenso viele wie zum 1. Januar des vorhergehenden Jahres, und zwar befanden sich an diesem Tage im Leprosorium Muhli 17, im Lepros. Wenden 59 und im Lepros. Tarwast 110 Kranke. Die Naturalverpflegung kostete in den beiden erstgenannten, in der Nähe von Städten belegenen Anstalten 16,8 resp. 16,9 Kop. pro Kopf und Tag, während sie in dem tief im Lande befindlichen Tarwastschen Leprosorium nur 12,3 Kop. betrug. Das Gesamtvermögen der Gesellschaft belief sich einschliesslich des unantastbaren Kapitals, aber exklusive Immobilien und Mobiliar, zum 1. Januar 1908 auf 18,384 Rbl. 46 Kop. Den Hauptposten der Ausgaben machen die Verpflegungsgelder aus, welche im vergangenen Jahre 26,171 Rbl. betrugen, somit die Verpflegung eines Leprösen etwa 12 Rbl. 70 Kop. monatlich kostete. Da die Livländische Landeskasse für jeden einer livländischen Bauergemeinde angehörigen Leprösen und ebenso die städtischen Steuergemeinden für ihre Leprakranken an Verpflegungsgeld nur 10 Rbl. monatlich zahlt und infolgedessen die Einnahmen für die Verpflegung der Leprösen um 4764 Rbl. geringer waren als die Ausgaben, so musste die Gesellschaft dieses Defizit aus den auf dem Wege der privaten Wohltätigkeit ihr zugeflossenen Mitteln decken. Das ist der Gesellschaft aber nur möglich gewesen dank den reichen Schenkungen, die ihr im Berichtsjahre zugewandt worden sind. So hat die Gesellschaft aus dem Nachlass des Herrn H. Beer in Petersburg 7500 Rbl. in Wertpapieren und 318 Rbl. 6 Kop. in barem Gelde erhalten; aus dem Nachlass der Frau Prof. Emilie v. Timm ist ein Vermächtniss von 5222 Rbl. 22 Kop., von dem Revaler Spritverein sind 1000 Rbl. überwiesen worden.

— In diesem Jahre begeht der berühmte böhmische Kurort Marienbad das 100-jährige Jubiläum seines Bestehens, welches noch in diesem Monat mit Umzügen und festlichen Veranstaltungen gefeiert werden soll.

— Das Schiff, auf welchem ein schwimmendes Sanatorium untergebracht werden soll, wird gegenwärtig in London gebaut. Es wird für 200 Passagiere eingerichtet und natürlich auch mit allen neuesten Mitteln und Vorrichtungen zur Behandlung von Kranken ausgestattet werden. Das Schiff wird seinen Standort gewöhnlich im Adriatischen Meere bei Abbazia haben, und von dort aus Fahrten weiter in das Adriatische und Mittelländische Meer unternehmen. Der Pensionspreis (mit voller Verpflegung) ist, wie verlautet, auf 40 Mark festgesetzt.

Bf.



PERTUSSIN
Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16. (4) —56.

Dr. Emmerich's Sanatorium B. Baden · Gegr. 1890
für Nerven-, Morphium- etc. Alkohol-Kranke.
Mildeste Form d. Morph. Entz. ohne Zwang unter sof. Wegfall der Spritze i. 4—6 Woch. Alkohol-Entwöhn. n. erpr. Verfahr. Prosp. kostenl. 2 Ärzte. Bes. u. dir. Arzt Dr. A. Meyer.

Statt Eisen! **Statt Leberthran!**

Haematogen HOMMEL
alkohol- und ätherfrei.

Frei von **Borsäure, Salicylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin, noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweissstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von höchstem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

- **Grosse Erfolge bei Rhachitis, Scrophulose, Anaemie, Frauenkrankheiten. Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.)
- **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern ausserordentlich gern genommen. Mächtig appetitanregend.**

Haematogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch **unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen,** gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Aether etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Mit unserem neuesten, auch im Geschmack bedeutend verbesserten **Haematogen Hommel**, können wir den Herren Aerzten ein **ideales, völlig reines, unbegrenzt haltbares Haemoglobin-Präparat** an Hand geben. Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir

stets **Haematogen HOMMEL** zu ordinieren.

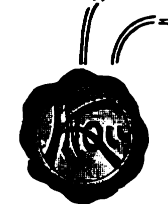
Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **grössere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten gerne frei und kostenlos zur Verfügung.

Zu haben in allen Apotheken und Apothekermagazinen.

Nicolay & Co., St. Petersburg, Smolenskaja, 33, Zürich, Hanau a. M. und London.

(37) 24—15.



Styptol

Uterines Hämostatikum und Sedativum.

Dosis: 3 mal täglich 2—3 Tabletten à 0,05 g.
Rp.: 1 Original-Röhrchen Styptoltabletten (Knoll) u 0,05 g № XX.

(Neutrales phtalsaures Cotarnin).

(82) 26—3. (Literatur und Proben kostenlos durch R. Otto jr., Moskau).

KNOLL & Co., Ludwigshafen im Rhein.



Bei **VERDAUUNGS-STÖRUNGEN** sind

Abführungs-Pillen

„ARA"

einzunehmen. (74) 0—5.

Schachtel 95 Kop.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung **ganz umsonst versandt.**



Sanatorium Schömberg

Württenberger Schwarzwald.

HEILANSTALT

für Lungenkranke.

Klimat. Kurort bei Wildbad. Sommer und Winterkuren.
Leit. Arzt: Dr. KOCH; Prospekte durch die Direktion.

Hervorragend blutbilden- des



Kräftigungs- und Ernährungs- mittel.

Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.
Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,
(21) 52—31. St. Petersburg. Offizerskaja 6, Quartier 37.

Wiesbaden

Das ganze Jahr geöffnet. **Augusta Victoria Bad** **Renoviert 1908.** (102) 16—2.

Gesündeste Lage.

Durch gedeckte heizbare Uebergänge verbunden mit der **Hotel Kaiserhof.**

Anstalt zur Ausübung sämtl. physikal., medizin. und chirurg. Heilmethoden. — Klin. und ambulante Behandlung. — Eigene Thermalquelle. — Dampf- und Heissluft-Bäder. — Hydrotherapie. — Moorbäder. — Elektrotherapie. — Kataphoretische Anlagen. — Vollständiges Zanderinstitut (Original). — Inhalatorium. — Pneumat. Kammer. — Röntgenabteilung. — Operationssaal etc.

Aerzte: San.-Rat Dr. C. Mayer. Dr. Albert Stein, Chirurg.-orthopäd. Abteilg. früher an d. Bergmann'schen u. Hoffa'schen Klinik. Ausführl. Prosp. durch d. Direktion.

Hohenhonnef a. Rh.

Sanatorium für Lungenkranke.

Klimatisch und landschaftlich ausgezeichnete Lage im Siebengebirge, hoch über dem Rheintal, mitten im Walde. Vollkommenste Einrichtungen, behaglicher Komfort, Bewährtes Heilverfahren; Freiluftkuren, Luft- und Sonnenbäder. Methodische Ernährung. Physikalische Therapie: Bäder, Elektrizität, Röntgenstrahlen. Tuberkulinkuren. Sommer u. Winter geöffnet. Ausführliche Prospekte durch den leitenden Arzt.

San.-Rat Dr. *Meissen.*

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 33 St. Petersburg, den 16. (29.) August. 1908.

Die Uebertragung der Immunität durch die Milch und das Lactalexin als therapeutisches Mittel.

Von

Prof. Dr. Alexander v. Poehl.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der St. Petersburger Medizinischen Gesellschaft am 26. Febr. 1908.

(Uebersetzung aus dem Russischen).

(Fortsetzung).

Die chemischen Reaktionen für das Lactalexin in wässriger Lösung (1 : 50) sind nachstehende:

1. Phosphorwolframsäure (nach Scheibler bereitet) giebt bei Zusatz von etwas Salzsäure anfangs eine Trübung, die später in eine Fällung übergeht. Der Niederschlag wird bei Zusatz von Natronlauge unter Blaufärbung gelöst, und bald darauf tritt Entfärbung ein. Diese Reaktion wird wesentlich durch die Anwesenheit von Milchspermin bedingt.
2. Phosphormolybdänsäure giebt eine grüne Fällung. Nach Zusatz von Aetznatron tritt starke Blaufärbung ein. Auch diese Reaktion stimmt mit der Sperminreaktion überein.
3. Gerbsäure giebt eine schwache Fällung. Der Niederschlag ist in Salzsäure nicht löslich. In Natronlauge giebt er eine rotbraune Lösung.
4. Alkalische Kupferoxydlösung ($CuSO^4$ 5% — 2 Ccm; NaOH 1 : 4) 20 Ccm; H^2O — 18 Ccm) giebt eine grünliche Färbung.
5. Molisch's Reaktion [24]) mit α-Naphtol giebt eine violette Färbung.
6. Molisch's Reaktion mit Thymol giebt dunkelbraune Färbung.
7. Krasser's Reagenz [25]) giebt mit Lactalexin schwache rosa Färbung.
8. Steensma's [26]) Reaktion mit p-Dimethylamidobenzaldehyd giebt schwach rosa Färbung und mit Natriumnitrit gelbe Färbung.
9. Salkowski's [27]) Reaktion mit Phloroglucin und Salzsäure giebt eine braunrote Färbung. Die rötliche Färbung wird durch einen Pentosengehalt bedingt.
10) Bei Prüfung der Einwirkung des Lactalexins auf die Wasserstoffentwickelung geben 5 Gramm Lactalexin bei Einwirkung auf eine Mischung von 4 Ccm. Kupferchloridlösung (1,5 : 100) mit 45 Ccm. Wasser und 0,5 metallischem Magnesiumpulver innerhalb 60 Minuten circa 300 Ccm. Wasserstoff, während die Mischung ohne Lactalexin nur 35—40 Ccm. Wasserstoff ausscheidet. Die elektrische Energie, die durch die Anwesenheit von Lactalexin erzeugt wird, entspricht also 3600 Coulombs, resp. 1 Ampère Stunde.

Der Leser wird sich vielleicht darüber wundern, wie es kommt, dass das Spermin und seine Begleitkörper in der Milch nicht schon früher konstatiert worden sind. Doch geht es mit den Milchanalysen offenbar ebenso wie mit den Luftanalysen. Die Luft ist von Hunderten von Analytikern untersucht worden und doch hat Niemand vor Ramsay und Rayleigh (1894) das Argon, Helium, Neon und Xenon darin gefunden, dabei muss man noch berücksichtigen, dass der Gehalt an Argon in der Luft höher als 1% ist.

Die Milchanalytiker trifft viel weniger ein Vorwurf als die Luftanalytiker, denn es haben offenbar schon viele Forscher der Milch die Schutzkörper in den Händen gehabt — ohne sie als solche zu erkennen; so haben z. B. Morin, Bouchard und Quevenne die Anwesenheit von Harnstoff in der Milch nachgewiesen und zwar in Mengen von 0,0079 und 0,0103%. Diese

[24]) Molisch. Zeitschr. für analyt. Chemie. 26. p. 369.
[25]) Krasser. Merck's Reagenzien-Verzeichnis. 1908. p. 142.
[26]) Steensma. Chem. Zentralbl 1906. I. B. p. 968. Merck. Verzeichnis. 1906. p. 247.
[27]) Salkowski. Zeitschr. f. analyt. Chemie. 34. p. 772 u. 39. p. 182.

Autoren haben offenbar die Milchschutzkörper für Harnstoffe angesehen, denn mir ist es nie gelungen den Harnstoff als solchen in der normalen Milch zu finden.

Schmidt-Mühlheim [28]) hat in der Milch Hypoxanthin nachgewiesen.

Die Begleitkörper des Milchspermins weisen einige gemeinsame chemische Reaktionen mit Hypoxanthin auf; vorwiegend wird es wohl das Guanin der Nukleinsäure der Milchdrüse sein, welches Veranlassung gab Hypoxanthin zu vermuten. Es ist ferner auch anzunehmen, dass Tolmatscheff bereits 1867 bei seinem Nachweise des Lecitins in der Milch etwas vom Lactalexin in unreiner Form gehabt hat.

Auch Sebeline [29]) hatte Harnstoff, Lecitin und Hypoxanthin in Quantitäten von 40—50 Milligr. per 100 Ccm Milch nachge wiesen. Sehr bezeichnend ist nämlich, worauf. Sebeline aufmerksam macht, dass der Stickstoffgehalt nicht eiweissartiger Körper im Kolostrum wesentlich grösser ist, als in normaler Milch, 0,08 und 0,07%.

Offenbar haben alle obenerwähnten Forscher das Milchspermin und seine Begleitkörper in unreinem Zustande unter den Händen gehabt und Sebeline's erhöhter N-Gehalt von nicht eiweissartigen Körpern im Kolostrum ist zum Teil auf erhöhten Lactalexin-Gehalt zurückzuführen.

Stritter [30]) suchte Hippursäure in der Milch, konnte jedoch dieselbe nicht nachweisen, fand aber Körper im Serum normaler und pathologischer Milch welche mit β-Naphthalinsulfochlorid reagierten.

W. Löbisch [31]) meint, dass die Nukleinsäure der Milchdrüse den Typus der Tymus- und Spermanucleinsäure habe.

Kossel und Neumann [32]) haben in der Milch die Anwesenheit des Thymin festgestellt.

Meine Untersuchungen haben das gleiche ergeben und das Thymin ist auch ein Begleitkörper des Milchspermins.

Ferner muss ich noch anführen, dass Lorand [33]) unter dem Verweis auf die Arbeiten von Bang, Massé, Cathala und Jeandelise die Anwesenheit Thyreoidin-ähnlicher Körper in der Milch vermutete. Ich hatte bereits 1892 auf das Vorhandensein des Spermins sowohl in der Milch wie auch in der Schilddrüse hingewiesen, also stimmen diese Vermutungen mit meinen Befunden überein.

Wie wir sehen, kann man den Milchanalytikern nicht den Vorwurf machen, der den Luftanalytikern seinerzeit gemacht wurde, denn es handelt sich bei diesen Untersuchungen um Quantitäten, die sehr gering sind, wenn auch diese Körper, wie wir sehen, nicht als „matières négligeables" zu betrachten sind.

Der Nachweis einer Katalase in der Milch ist Gegenstand vieler Untersuchungen aus der Schule des Prof. Bredig [34]) gewesen.

A. Hougardy [35]) hat in der Milch eine Substanz gefunden, die wie die Enterokinase von Prof. Pawloff befähigt ist den Pankreassaft zu aktivieren. Diese durch Erhitzen auf 75° während einer Viertelstunde zerstörbare Substanz, die die Verdauung des Kaseins der rohen Milch durch den reinen Pankreassaft begünstigt, nennt er Laktokinase.

Diese Laktokinase gehört auch zu der Gruppe der Begleitkörper des Milchspermins und spielt gewiss eine nicht unwesentliche Rolle in der physiologischen Wirkung des Lactalexins.

Ich [36]) habe unter den Begleitkörpern des Milchspermins einige Stoffe gefunden, die im Enterin (Synergo-Enterin) enthalten sind, also Bestandteile der synergetischen Gruppe, die Bayliss und Starling in der Schleimhaut des Duodenum konstatiert haben.

Ein Teil der physiologischen Wirkung des Lactalexins lässt sich wahrscheinlich auf die Anwesenheit der in demselben enthaltenen Kinasen zurückführen, welche nach der Theorie von Pawloff die Funktion der Drüsen im Darmtraktus katalytisch fördern.

Prof. Fürst von Tarchanoff stellte vergleichende Versuche mit Hundepankreassaft auf Fibrin in Gegenwart von Hunde-Darmsaft und in Gegenwart von Lactalexin in vitro an, und es erwies sich, dass das Lactalexin enterokynatische Wirkung, ähnlich dem Darmsafte, ausübte, natürlich nicht so schnell wie der Darmsaft selbst.

4.

Die Theorie der physiologischen Wirkung des Lactalexins.

Die Theorie der physiologischen Wirkung des Lactalexins ist selbstredend noch nicht ausgearbeitet, und erst die Beobachtungen am Krankenbette, sowie die von mir in grossem Massstabe in Aussicht genommenen Stoffumsatzuntersuchungen bei Lactalexinwirkung werden Klarheit in diese Frage bringen.

Da bei Lactalexin das Milchspermin neben den Begleitkörpern eine Rolle spielt, so wird ein Teil der physiologischen Wirkung gewiss dem Spermin zufallen und ein anderer Teil der Wirkung, den Begleitkörpern.

Dank dem Gehalt an Milchspermin, welches mit dem Testikel-Spermin vollkommen identisch ist und die Oxydationsvorgänge ebenfalls im positiven Sinne katalytisch beeinflusst, ist ein Teil der immunisierenden Einwirkung des Lactalexins a priori vollkommen erklärlich.

Die klinischen Beobachtungen mit den innerlichen Gaben von Essentia Spermini-Poehl ergaben, dass die Beeinflussung von Autointoxikationen infolge von herabgesetzter Gewebsatmung ebenso erreicht wird wie bei subkutanen Injektionen von Sperminum-Poehl, es ist nur ein gradueller Unterschied, indem der Gebrauch des Spermins per os nicht so eklatant schnell die Wirkung hervorruft. Eine günstige Beeinflussung des Stoffwechsels tritt bei innerlichem Gebrauch ziemlich schnell ein, was nicht nur das gebesserte Selbstgefühl, sondern auch die Harnanalysen dokumentieren.

Um einen von den vielen Beweisen anzuführen, zeigen wir in nachstehender Tabelle die Einwirkung der Essentia Spermini-Poehl bei innerlichem Gebrauch auf die Werte für die Ausfuhr der Harnsäure. Es betrifft dies einen Fall von schwerer Anämie aus der Klinik von Prof. Senator. Die Untersuchung ist von Prof. P. F. Richter [37]) ausgeführt und auch von ihm veröffentlicht.

---

[28]) Schmidt-Mühlheim. J. d. Th. Ch. 1883. p. 166.

[29]) Sebeline. J. d. Th. Ch. 1888. 99.

[30]) Stritter. J. d. Th. Ch. 1905. p. 228.

[31]) W. Löbisch. J. d. Th. Ch. 1906. p. 36.

[32]) Kossel u. Neumann. Cohnheim Chem. d. Eiweisskörper 1904. p. 214.

[33]) Lorand. Congrès International de la Tuberkulose. Paris. Tome I. 292.

[34]) cf. Faitelovitz. Dissertation Heidelberg. 1904. Emil Reiss. Chem. Zentralbatt. 1905. I. Teil. p. 684.

[35]) Hougardy. Chem. Zentralblatt. 1901. I. Teil. p. 1442.

[36]) v. Poehl. Organotherapeut. Compendium 1906. p. 17—19.

[37]) P. F. Richter. Zeitschr. f. klin. Medizin. Band. 27. Hefte 3 u. 4. Poehl's Spermintheorie. p. 80.

Monat und Datum.	Harnmenge.	Spezif. Gewicht.	Anzahl der weissen Blutkörperchen.	Gesamt-N-Gehalt des Harns.	Harnsäure.	Verhältnis des N der Harnsäure zum Gesamtstickstoff des Harns.	Bemerkungen.
6. Okt.	3400	1010	34800	7,97	0,646	1:37	3mal täglich zu 15 Tropf. Spermin-Essenz.
8. „	3000	1010	38400	8,19	0,301	1:80	„
9. „	2300	1014	41200	10,46	0,471	1:67	„
10. „	3500	1014	40800	9,89	0,367	1:80	„
11. „	2950	1011	29250	6,661	0,441	1:45	„

Wir sehen, dass die relativ kleine Dosis von Sperminum-Poehl eine ausgesprochene Einwirkung auf die Ausscheidung der Harnsäure hat.

Die Einwirkung auf die Anzahl der weissen Blutkörperchen ist bei subkutaner Anwendung des Sperminum-Poehl natürlich eine viel energischere, aber wir sehen, dass auch in diesem Falle bei innerlichem Gebrauch von Sperminum-Poehl vom 6.—9. Oktober ein Anstieg der Leukocyten von 34,800 auf 41,200 stattgefunden hat.

Die Erhöhung der Blutalkaleszenz unter Einwirkung des innerlichen Gebrauchs von Sperminum-Poehl habe ich schon häufig besprochen, und dieser Effekt ist leicht begreiflich, wenn man den Umstand berücksichtigt, dass in den meisten Fällen die Herabsetzung der Blutalkaleszenz durch die Anwesenheit organischer Säuren (wesentlich Milchsäure) bedingt wird, welche durch Uebermüdungen und Ueberreizungen des Muskel- und Nervensystems sich bilden. Die durch die Einführung von Sperminum-Poehl bedingte Erhöhung der Oxydationsenergie im Körper giebt Veranlassung zur Verbrennung der organischen Säuren zu Kohlensäure und damit wird die normale Blutalkalescenz wieder hergestellt. Die Verringerung der Harnsäure im Harn, wie es uns die obenerwähnte Tabelle zeigt, steht offenbar mit dieser Wirkung in Zusammenhang.

Ich kann nicht umhin hier darauf zu verweisen, dass in der Literatur Angaben existieren, welche bekunden, dass harnsaure Diathese nicht durch Herabsetzung der Oxydation verschuldet wird. Im jüngst erschienenen „Lehrbuch der Chemischen Pathologie von Oswald (nicht zu verwechseln mit dem Prof. W. Ostwald), bespricht der Autor auf Seite 344 die Gicht in 12 Zeilen, wobei er den Abschnitt mit folgendem Satz beginnt.

„Ebensowenig wie bei Fettsucht oder Diabetes mellitus werden bei Gicht die Störungen im Stoffhaushalte und die Nichtverwendung sonst glatt sich oxydierender Körpereinschlüsse durch eine Herabsetzung der Oxydation verschuldet".

Die Hauptstütze für diese Annahme bietet dem Autor das Faktum, dass Magnus-Lewy in den Fällen von Gicht den Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäureproduktion als vollständig innerhalb normaler Grenzwerte liegend gefunden hat. Soviel mir bekannt ist, macht Magnus-Lewy einen solchen kühnen Schluss wie Oswald nicht. Man braucht ja nur zu berücksichtigen, dass der erhöhte Harnsäuregehalt nicht durch herabgesetzte Lungenatmung, sondern durch herabgesetzte Gewebsatmung veranlasst wird. Da nun auf die Lungenatmung $^6/_7$ des Sauerstoffes fällt und auf die Gewebsatmung höchstens $^1/_7$, so liegt es auf der Hand, dass aus dem Sauerstoffverbrauch die harnsaure Diathese schwerlich erkannt werden kann, besonders da der Sauerstoff der Gewebsatmung, wie ich es stets betont habe, elektrolytischer Natur ist.

Die neuesten bahnbrechenden Arbeiten von Alfred Schittenhelm [38]) über den Nukleinstoffwechsel schaffen uns einen Einblick in die Harnsäurebildung. Nach diesen Arbeiten erweist es sich, dass das Xanthin und Hypoxanthin die natürlichen Zwischenglieder zwischen der Harnsäure und den Aminopurinen, wie Adenin und Guanin, sind. Eine synthetische Bildung der Harnsäure im Säugetierorganismus hält Schittenhelm für ausgeschlossen, während er dies von den Purinbasen nicht behauptet. Letztere entstehen in dem Masse, als sie als Baumaterial für die Nukleine benötigt werden und als Ersatz für die durch den Lebensprozess aufgebrauchten Kernpurine. Für die Purinkörper und speziell für die Harnsäure kommt das Blut nur als Transportmittel in Frage, nicht aber als umsetzendes Organ. Man muss also die Stätte von im Stoffwechsel freiwerdenden Purinen in die festen Organe verlegen, die dabei wieder eine verschiedene Rolle spielen. Die gebildete Harnsäure wird zu einem beträchtlichen Teil sofort wieder zerstört; dasjenige Organ, dem die Ausscheidung der Blutharnsäure zukommt, nämlich die Niere, besitzt auch scheinbar das intensivste Harnsäurezerstörungsvermögen. Es kann also, nach Schittenhelm, bei einer Insuffizienz der Harnsäurezerstörung, z. B. in der Leber oder in den Muskeln, wodurch ein vermehrtes Kreisen von Harnsäure im Blute veranlasst sein könnte, trotzdem eine Vermehrung der Urin-Harnsäure fehlen, weil die Niere mit ihrer Fähigkeit, Harnsäure zu zerstören, einspringt. Jedenfalls darf nach Schittenhelm niemals die Urinharnsäure ohne weiteres als Ausdruck der quantitativen Verhältnisse des Purinstoffwechsels innerhalb des Organismus genommen werden.

Oswald wundert sich, dass viele Aerzte bis jetzt noch in der Theorie der herabgesetzten Oxydation den Ausgangspunkt zu einer rationellen Therapie nehmen. Wenn auch Herr Oswald tut, als ob er von der Spermintherapie nichts wüsste, so muss ihm doch aus der Literatur zur Genüge bekannt sein, dass mit der Spermintherapie bei der harnsauren Diathese sehr gute Resultate erzielt sind. Bei der harnsauren Diathese ist nicht immer die erhöhte Harnsäurebildung das wesentlichste Moment, sondern weit häufiger die erschwerte Ausfuhr, wie es Magnus-Lewy ausdrücklich betont. Mit Erhöhung der Intraorganooxydation durch Spermin wird die Blutalkalescenz erhöht und die Oxydation, resp. Zerstörung oder Ausfuhr der Harnsäure befördert.

Mit dem therapeutischen Effekt des Sperminum-Poehl in Hinsicht der Aufhebung der herabgesetzten Blutalkaleszenz (Acidosis) erfüllen wir die Aufgabe, die sich die alte Medizin stellte, nämlich diejenige der „Blutreinigung". Es handelt sich in diesem Falle um die Verbrennung der organischen Säuren durch die katalytische Wirkung des Spermins.

Nun fragt es sich, wie steht denn die Erhöhung der Blutalkalescenz mit der Immunität im Zusammenhang?

Ich hatte bereits 1894 [39]) in meiner Mitteilung an die Kaiserliche St. Petersburger Akademie der Wissenschaften darauf hingewiesen, dass die Blutalkalescenz einer der wesentlichsten Faktoren der Immunität, d. h. der Widerstandsfähigkeit des Organismus verschiedenen Infektionskrankheiten gegenüber ist.

Die Tierversuche haben ergeben, dass bei künstlicher Herabsetzung der Gewebssäfte die Immunität verloren geht (Charrin u. Roger).

[38]) Allfred Schittenhelm. Arch. für klin. Med. 1889, 267—76. Chem. Zentralblatt. 1907. I. Band. p. 979.

[39]) v. Poehl. Sitzungsber. d. Kaiserl. russ. Akad. d. Wissenschaften. St. Petersburg. 17. Nov. 1894. cf. D. Med. Wochenschrift. 1895. Nr. 6.

Es ist auch beim Menschen eine Erfahrungstatsache, dass alle Momente, welche eine Herabsetzung der Blutalkaleszenz bedingen, die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzen und zu Infektionskrankheiten prädisponieren. Solche Momente sind Uebermüdungen und Ueberreizungen des Nervensystems, Kummer, Sorge etc., sie rufen Acidosis (Autointoxikation in Folge herabgesetzter Gewebsatmung) hervor und bilden damit die zu Infektionskrankheiten prädisponierenden Bedingungen.

Neuerdings habe ich der Pariser Akademie der Wissenschaften eine Mitteilung gemacht unter dem Titel „L'oxydation intra-organique et la charge électrique des leucocytes comme agents importants de l'immunisation"[40]), in welcher ich nachweise, dass das Spermin nicht nur nicht ein Katalysator der Oxydationsprozesse ist, sondern gleichzeitig auch das Freiwerden von elektrischer Energie veranlasst. Versuche in vitro ergaben, dass 4 Milligr. Sperminum-Poehl 3765 Coulombs erzeugen, was ungefähr einer Ampère Stunde entspricht. Bei jeder Leukocytose im Organismus bilden sich jedenfalls bedeutend mehr als 4 Milligr. Spermin und diese enorme Elektrizitätsmenge kann zum Teil in Wärme verwandelt werden, was offenbar zum Teil die Temperaturerhöhung beim Fieber veranlassen mag. Wie ich schon früher darauf hinwies, ist die Energie der Oxydationsvorgänge beim Fieber nicht erhöht, sondern unter der Norm, daher die relativ geringere Harnstoffbildung (der Harnkoeffizient der Oxydationsenergie nach Robin-Poehl ist bei Fieber stets herabgesetzt[41]).

Was die Einwirkung der elektrischen Energie auf die Blutbestandteile anbetrifft, so erweisen sich die roten Blutkörperchen fast indifferent, sie werden kaum oder fast gar nicht geladen (Drschewetzky[42]).

Die Leukocyten werden bei normaler Blutalkalescenz elektrisch negativ geladen, bei herabgesetzter Blutalkalescenz werden sie dagegen positiv geladen. Die Bakterien als saure Körper (sie werden von alkalischen Farbstoffen gefärbt) sind unter allen Umständen positiv elektrisch geladen. Bei normaler Blutalkaleszenz sind also die Bakterien positiv und die Leukocyten negativ geladen. Sie ziehen sich gegenseitig an und es tritt die Phagocytose ein, d. h. die günstige Form der Leukozytose. Wenn aber die Blutalkalescenz durch Ueberreizungen, Kummer, Sorgen etc. herabgesetzt ist, dann sind die Leukocyten positiv elektrisch geladen, ebenso wie die Bakterien und als gleichwertig geladene elektrische Körper stossen sie sich gegenseitig ab und wir haben die Erscheinung der negativen Chemotaxis, d. h. der bösartigen Leukocytose, wie sie nach starken Blutverlusten, bei verschiedenen Kachexien und stets im praemortalen Stadium beobachtet wird[43]). Alles dies giebt uns einen Beleg dafür, dass der Zustand der Blutalkalescenz von grösster Bedeutung für die Resistenzfähigkeit des Organismus ist.

5.

Zerstörung der Toxine durch Lactalexin. Seine therapeutische Wirkung.

Obwohl keine Untersuchungen angestellt sind, ob ein Leukocytose erregender Körper wie das Spermin einen positiven Effekt auf die Verdauungsleukocytose ausübt, so liegt doch kein Grund vor, solches a priori zu negieren. Im Gegenteil, da das Spermin per os genommen offenbar sehr schnell in die Blutbahn gelangt, so ist ein positiv begünstigender Einfluss auf die Verdauungsleukocytose anzunehmen.

Beim normalen Menschen entsteht nach der Mahlzeit eine Leukozytose, die nach Ericson[44]) besonders die Mononukleäre betrifft und ihr Maximum nach 2 Stunden erreicht. Diese Leukocytose übertrifft bedeutend die geringen täglichen, hauptsächlich die Polynukleäre betreffenden Schwankungen der Leukocytenkurve beim nüchternen Menschen.

Die Verdauungsleukocytose fehlt in manchen pathologischen Zuständen und speziell bei Magen- und Leberkrebs, was nach Ansicht von Ericson von den funktionellen Störungen der Verdauungsorgane herzurühren scheint und nicht von der Kachexie oder von der Anämie, welche die Krankheiten fast stets begleiten.

Ich aber bin überzeugt, dass beide Momente, sowohl die Verdauungsstörungen wie die Kachexie ihren Einfluss ausüben.

Es ist also sehr gut denkbar, dass das Lactalexin, dank seinem Spermingehalt, einen günstigen Einfluss auf die Verdauungsleukocytose ausüben kann.

Somit ist die physiologische Bedeutung des Milch-Spermins im Lactalexin und die Einwirkung desselben auf die Immunisation des Organismus begreiflich. Es ist aber durchaus nicht notwendig, dass diese immunisierende Einwirkung des Milch-Spermins nur an Leukozytosevorgänge gebunden ist. Es ist auch ausreichend, wenn nur die Blutalkalescenz erhöht wird, denn bei erhöhter Blutalkalescenz ist auch die Gewebsatmung eine erhöhte. Dieser Umstand hat nämlich die Zerstörung von Toxinen zur Folge. Solches ist bei Versuchen mit Sperminum-Poehl durch eine Reihe von Forschern nachgewiesen; hier wären zu nennen die Tierversuche die Prof. Fürst Tarchanoff[45]) mit meinem Sohn Dr. Alfred von Poehl angestellt hat; sie wiesen nach, dass die schwere Intoxikation von Neurin durch Injektionen von Sperminum-Poehl beseitigt wird. Ferner will ich kurz erwähnen, dass die Zerstörung von Giften, wie Chloroform, Nikotin, Digitalin etc. durch Sperminum-Poehl stattfindet, wie es die Versuche am isolierten Herzen von Prof. Kuljabko, Kakowsky (bei Prof. Kobert), Proshansky (bei Prof. Popoff) etc. nachweisen. Die Beobachtungen von Dr. A Nesteroff[46]) über die günstige Einwirkung von Lactalexin-Injektion auf Digitalisvergiftungen legen einen Beweis dafür ab, dass dem Lactalexin die Fähigkeit zukommt Toxine zu zerstören.

Somit ist die Einwirkung des Milch-Spermins auf die Toxine auch hinlänglich erklärt.

Wir haben noch eine andere Interpretation für die Immunisierung durch die Milch — es werden nämlich, die biologisch-chemischen Eigenschaften der Mikroorganismen infolge der durch die Sperminwirkung erhöhten Gewebsatmung verändert, dieselben verlieren ihre Virulenz wie solches aus den Kulturversuchen mit der Cholera asiatica, wie wir bereits oben beschrieben, hervorgeht.

Eine grosse Anzahl von Versuchen habe ich in Gemeinschaft mit Prof. Fürst Tarchanoff und Dr. Nesteroff an tuberkulösen Kühen angestellt. Anfangs injezierten wir ihnen subkutan 5 Ccm. Sperminum-Poehl pro injectione und dann gingen wir auf subkutane Injektion von Milchspermin und seinen Begleitkörpern (resp. Lactalexin) in 2% Lösung über. Von dieser

---

[40]) v. Poehl. Comptes rendus de l'Académie des sciences. Paris. 2 Sept. 1907.

[41]) v. Poehl. Harnanalyse. 1890. (russ.) St. Petersburg u. Vorlesungen über Harnanalyse. Journ. f. mediz. Chemie. 1892 und 1893.

[42]) Drschewetzki. Chem. Centrabl. I. 1906. p. 252.

[43]) A. v. Poehl. St. Petersburger Medic. Wochenschrift. 1908 Nr. 6 u. 7.

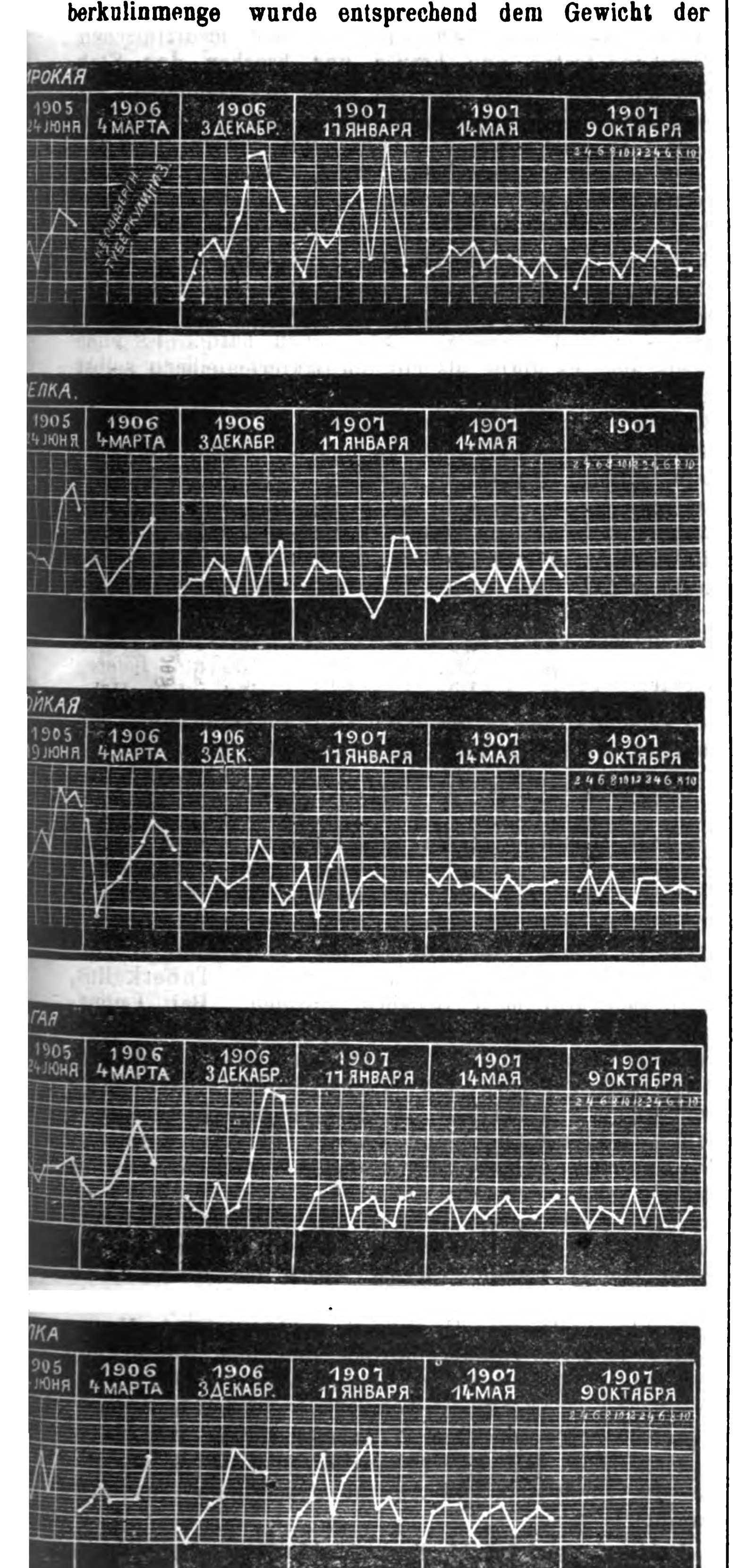
[44]) Ericson. J. d. Th. Chemie. 1905. p. 152.

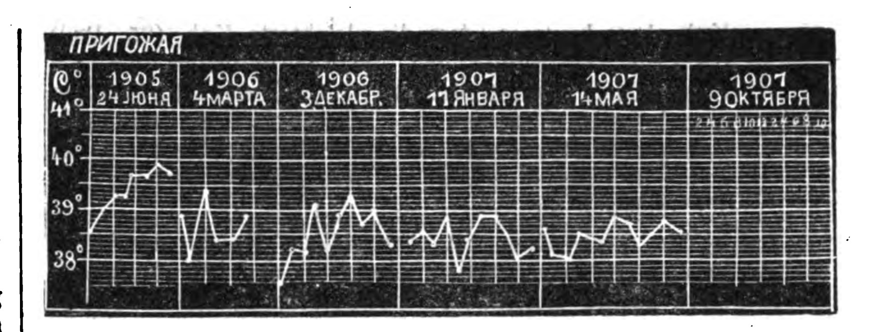
[45]) Fürst Tarchanoff u. A. v. Poehl. Zeitschr. d. diät. u. phys. Ther. 1906 Bd. 1.

[46]) A. Nesteroff. Ueber die Organotherapie im Allgemeinen und über das Lactalexin im Speziellen. Sitzung der St. Petersb. Medizin. Ges. 1908 den 25. Febr.

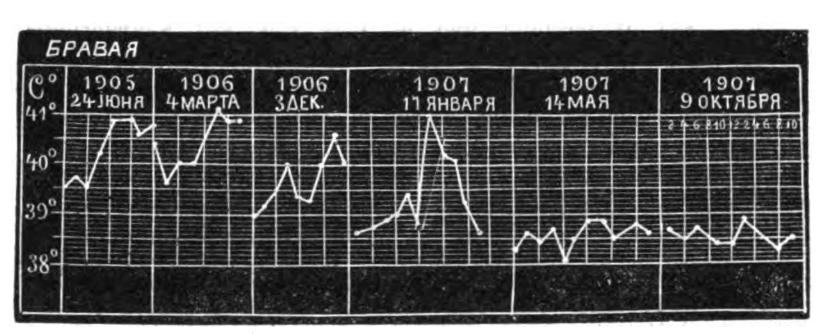
Lactalexinlösung wurden auch 5 Ccm. täglich subkutan den Kühen eingespritzt. Als Beobachtungsmaterial dienten uns tuberkulöse Kühe, welche uns aus den Kaiserlichen Farmen in Gatschino und Zarskoje-Sselo zu Untersuchungszwecken überlassen waren.

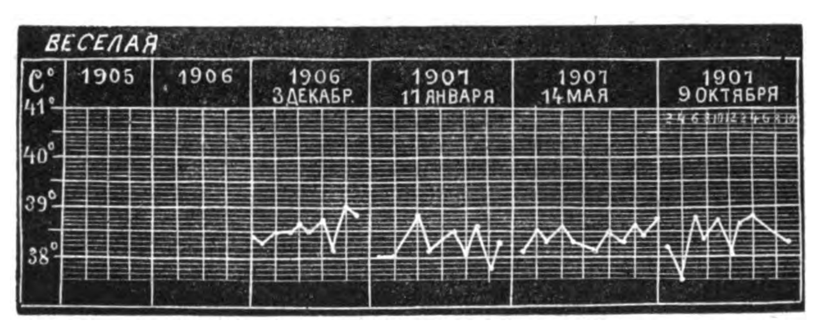
Dieses Material hatte für uns einen hohen Wert weil die Resultate der Tuberkulinprüfungen bei den meisten Tieren schon vom Jahre 1905 bekannt waren. Wir begannen die Behandlung der Kühe am 26. Oktober 1906. Den 3. Dez. 1906 wurde die erste Tuberkulinprüfung nach der Behandlung angestellt. Zu unseren Prüfungen benutzten wir das Tuberkulin aus dem Kaiserlichen Institut für experimentelle Medizin. Die eingespritzte Tuberkulinmenge wurde entsprechend dem Gewicht der

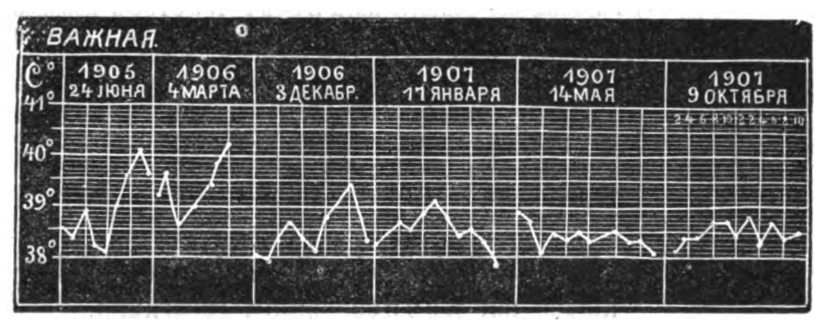


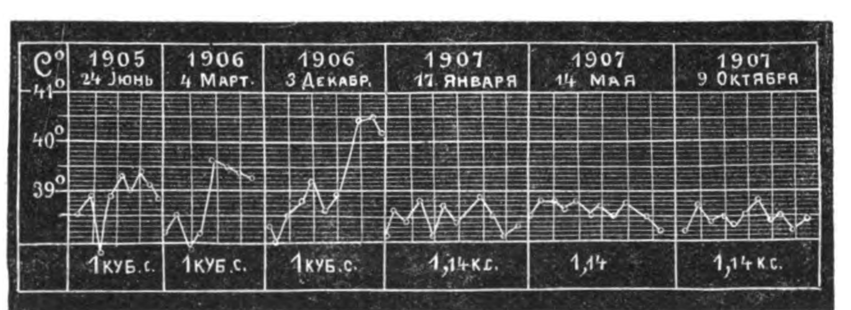












Kühe berechnet, so dass die leichteste Kuh (25 Pud) 0,8 Ccm. Tuberkulin und die schwerste (40 Pud) 1,5 Ccm. erhielt. Selbstredend wurde die Temperatur vordem 3 mal täglich gemessen und nach der Tuberkulininjektion alle 2 Stunden im Verlauf von 2 Tagen. Nachstehende Tabellen geben uns die Kurven für den Tag der Injektion an.

Wie wir sehen ist bei einigen Kühen die Tuberkulin-Temperaturreaktion bereits am 3. Dezember 1906 negativ ausgefallen. Bei anderen konnten wir eine günstige Wirkung unserer Behandlung erst im Januar 1907 an der Tuberkulinreaktion erkennen; bei einigen noch später. Eine günstige Einwirkung auf den Gesamthabitus der Kühe war bereits nach einigen Wochen merkbar. Das struppige Haar der Tiere hatte normalen Glanz angenommen und die Tiere hatten auch an Gewicht zugenommen. Am 21. Dez. wurden 4 von diesen Tieren geschlachtet. Dr. Nesteroff konstatierte an den Lungen, dass sie eine derb-elastische Konsistenz hatten und eine grosse Anzahl von verkapselten Tuberkuloseherden, von denen manche die Grösse einer Faust erreichten, enthielten. Die kugelförmigen Kapseln waren auffällig durch ihre feste, elastische Wandung. Beim Zerdrücken dieses Gebildes boten sie einen grossen Widerstand und es liess sich mit Schwierigkeit eine gelblich-weisse käsige Masse hervordrücken. Makroskopisch betrachtet, bestand die Kapsel aus festem elastischem Bindegewebe. Die mikroskopische Untersuchung, ausgeführt von Dr. N. von Stieglitz, ergab Nachstehendes:

Die mikroskopische Untersuchung von Schnitten aus den Lungen und Lymphdrüsen von 4 Kühen ergab ungefähr das gleiche pathologisch-histologische Bild. Im Lungengewebe finden sich noch vereinzelte, kleine, charakteristische Riesenzellen enthaltende Tuberkel vor, hauptsächlich in der Umgebung der Bronchien und Arterien; häufiger kommen vor grössere, verkäste, stellenweise im Zentrum verkalkte Herde, welche fast überall durch eine feste und dicke Schicht zum Teil fibrösen teilweise auch hyalin-entarteten, derben Bindegewebs abgegrenzt sind. Das durch den tuberkulosen Prozess unberührte Lungengewebe zeigt keine besonderen pathologischen Veränderungen, hin und wieder sieht man eine Verdickung und kleinzellige Infiltration der Alveolarwandungen wobei die Lungenalveolen mit Erythrozyten angefüllt sind. Die Lungenpleura zeigt nirgends irgendwelche erhebliche Veränderungen.

Die Lymphdrüsen enthalten ebenfalls zum Teil verkäste Tuberkeln, deren Konglomerate aber nicht deutlich von den noch gesunden Partien der Drüse abgegrenzt sind, jedoch sind die Lymphdrüsen in toto mit polynukleären, polymorphkernigen Leukozyten infiltriert, wobei die Drüsen selbst teilweise eine Hyperplasie mit Proliferation des Endothels der Lymphsinuse aufweisen.

Bei Färbung der Schnitte nach Ziehl-Neelsen kommen in den Grenzgebieten der käsigen Herde hin und wieder in geringer Anzahl Koch'sche Tuberkelbazillen vor.

(Schluss folgt.)

Ueber die spezifische Behandlung der Lungentuberkulose mit Kochschem Alt-Tuberkulin.

Von

Dr. A. Pangratz.

In unser aller Erinnerung ist noch der gewaltige Eindruck, welchen Kochs Mitteilung von seiner Entdeckung eines Heilmittels gegen die Tuberkulose 1890 auf dem X. internationalen medizinischen Kongress in Berlin auf die Bevölkerung aller Länder machte. Man sah im Tuberkulin den Schlussstein der verdienstvollen Arbeiten des Entdeckers des Tuberkelbazillus und war überzeugt, jetzt ein absolut sicheres Mittel gegen die verderblichste Krankheit des Menschengeschlechts erhalten zu haben. Bestärkt wurde man noch in dieser Ueberzeugung gerade dadurch, dass zum ersten Mal der Entdecker der Ursache der Krankheit zugleich der Entdecker des Heilmittels war. Man ging also mit den grössten Erwartungen und Hoffnungen an die Prüfung des neu entdeckten Mittels. Leider war die Zahl derer, welche das Tuberkulin mit der von seinem Erfinder empfohlenen Vorsicht und nach den von ihm aufgestellten Regeln anwandten, gering. Die Meisten folgten eigenem Ermessen, stiegen zu schnell mit den Dosen, zogen schon weit vorgeschrittene Fälle in den Versuch hinein und so blieben natürlich Misserfolge nicht aus. Prinzipielle Gegner der ganzen bakteriologischen Richtung der medizinischen Forschung traten nun hervor und brachen den Stab über das Tuberkulin, noch ehe seine gewissenhafte Prüfung beendigt war. Es hat lange Zeit erfordert, ehe diese Strömung gegen das Tuberkulin wieder einer ruhigen Würdigung desselben Platz machte.

Das Tuberkulin wird bekanntlich aus Kulturen der Tuberkelbazillen bereitet, und ich will mich hier auf die Darstellung nicht näher einlassen. Nur eins möchte ich hervorheben: es war nicht möglich aus den Tuberkelbazillen einen Stoff zu gewinnen, welcher dem Diphtherie- oder Tetanustoxin entsprochen hätte. Es blieb nichts anderes übrig, als mit den Bakterienleibern selbst zu immunisieren, ein Verfahren, das schon mit anderen Bakterien versucht worden war und zur Darstellung der bakteriziden Sera Pfeiffers und der agglutinierenden Sera geführt hatte. Nun erzeugen aber die Tuberkelbazillen, wenn sie als solche injiziert werden, sehr schwere Nekrosen, so dass es natürlich unmöglich war, sie direkt zum Immunisieren zu benutzen. Nur durch Zerkleinerung und darauf folgende Auslaugung der Tuberkelbazillen liess sich dieser Zweck erreichen. Im Tierversuch lässt sich leicht zeigen, dass mit einem solchen Präparat behandelte Tiere ein Serum liefern, das einen hohen Agglutinationswert besitzt. Die Höhe des Immunisationswertes lässt sich zur Zeit nicht bestimmen, da es an einem Massstab dafür fehlt.

Das Tuberkulin besitzt aber noch eine andere Wirkung, die unsere ganz besondere Beachtung verdient. Es ruft nämlich um die tuberkulösen Heerde herum Veränderungen hervor, welche sich durch Blutstauung, Haemorrhagien, Oedem, Ansammlung von Leukocyten und durch das begleitende Fieber als Entzündung zu erkennen geben. Die Schwere der Entzündung richtet sich nach der Menge des verbrauchten Tuberkulins, lässt sich also nach Belieben abstufen. Bei Lupuskranken kann man diesen Vorgang und seinen Ausgang in Vernarbung des lupösen Gewebes mit blossem Auge wahrnehmen. Im Tuberkulin besitzen wir also ein Mittel, welches bei richtiger Anwendung tuberkulöse Infilrationen zur Vernarbung bringen kann. Nur das Gewebe in der Umgebung der tuberkulösen Infiltration reagiert auf dasselbe: Alle anderen Mittel, wie Cantharidin, Hetol, welche man in ihrer Wirkung dem Tuberkulin hat zur Seite stellen wollen, rufen auch im gesunden Gewebe gefährliche Entzündungen hervor, selbst in ganz kleinen Dosen. Es ist also ein grosser Unterschied zwischen diesen Mitteln und dem Tuberkulin hinsichtlich ihrer Wirkung vorhanden, die ich in die Worte fassen möchte: Das Tuberkulin wirkt spezifisch. Durch die Arbeiten von Wassermann und Bruck (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 12, 1906) ist diese Ansicht experimentell bestätigt worden.

Leider kann ich auf diese hochinteressanten Ergebnisse nur kurz eingehen, da ich sonst den Rahmen

meiner Abhandlung weit überschreiten müsste. So gelang den genannten Autoren mit Hilfe der Komplementbindung in den durch Zerreibung gewonnenen Extrakten tuberkulöser Organe gelöste Stoffwechselprodukte der Tuberkelbazillen und als Reaktionsprodukt ihre Antikörper — das Antituberkulin — nachzuweisen. Infolge der gegenseitigen Avidität zu ihrem Antigen ziehen diese Antikörper die eingespritzte Tuberkulinmenge aus dem Blut heraus und konzentrieren sie in den tuberkulösen Herd, in welchem es zu einer starken Ansammlung von Leukocyten und in Folge dessen zu einer Einschmelzung des tuberkulösen Gewebes kommt. Dieser Vorgang der Lokalreaktion ist meist von Fieber begleitet. Von dieser spezifischen Reaktion, die im tuberkulösen Herd vor sich geht, ist die Allgemeinreaktion zu trennen. Letztere ist nichts Spezifisches, sondern die Folge einer allen Bakterien zukommenden Giftwirkung auf den menschlichen Organismus. Es ist als feststehend zu betrachten, dass das Tuberkulin bei milder Form der Anwendung Hyperämie, bei starker Entzündungserscheinungen an allen von Tuberkulose ergriffenen Stellen des Körpers hervorruft. Es ist nun die Frage aufgeworfen worden, ob zur Vernarbung tuberkulöser Gewebe die ausgesprochene Entzündung überhaupt nötig sei, oder ob nicht schon die lokale Hyperämie hinreicht, um einen günstigen Einfluss auf den Krankheitsprozess auszuüben. Prof. Bier hat durch seine Behandlungsmethode durch Stauungshyperämie tuberkulöse Gelenke mit grossem Erfolg behandelt.

Durch Tuberkulin sind wir in der Lage, eine solche Hyperämie um jeden Krankheitsherd zu erzeugen; durch wiederholte Tuberkulin-Einspritzungen tritt dann im Bereiche der hyperämischen Zone eine serofibrinöse Transsudation und Leukocyteninvasion ein; und das sind die Faktoren, die wir zur Heilung benutzen müssen. Dr. Broden [1]) hat an Hunden Versuche angestellt und gezeigt, dass unter Tuberkulin der Heilungsprozess tatsächlich in oben angeführter Weise vor sich geht.

Warum nun hat sich die grosse Masse der Aerzte und in Folge dessen das Laienpublikum bisher so ablehnend gegen die Tuberkulinbehandlung verhalten? Die Hauptursache lag an der falschen Vorstellung, dass eine kräftige Reaktion durch Anwendung grosser Dosen hervorgerufen werden müsste. Infolge dieser Reaktionen kam es oft zu schweren, sei es vorübergehenden, sei es dauernden Schädigungen. Wenn trotzdem bei der bisherigen Behandlungsweise Heilerfolge erzielt worden sind, so ist dies trotz und nicht wegen der Reaktion erfolgt. Ein anderer Grund war, namentlich in der ersten Zeit, die kritiklose Auswahl der Patienten. Es wurden Fälle behandelt, bei denen der Prozess schon zu weit vorgeschritten, bei denen der Kräftezustand ein schwacher, bei denen grosse Cavernen, ja bei denen hektisches Fieber vorhanden war. Selbstverständlich waren in all den Fällen die Misserfolge gross und trugen nur dazu bei, das neue Mittel überall zu diskreditieren. Dazu kam noch das zeitliche Zusammentreffen mit der Influenza, die sich damals (1890/91) gerade in Deutschland ausbreitete und, wie unter allen chronisch Kranken, so auch unter den mit Tuberkulin Behandelten zahlreiche Opfer forderte, ohne dass es klar zu erkennen war, wieviel die Influenza, wieviel das Tuberkulin an den ungünstigen Ausgängen Schuld hatte.

Ausschlaggebend in der Beurteilung des Tuberkulins waren die Erklärungen der pathologischen Anatomen, insbesondere Virchows und Hansemanns. Dieselben betonten immer wieder die Möglichkeit schwerer örtlicher und allgemeiner Schädigungen durch das Tuberkulin. Niemand wagte, ihnen damals ernstlich entgegenzutreten, auch diejenigen nicht, die gute Erfolge mit dem Mittel erzielt hatten. Erst 1904 tat es Petruschky in Danzig (Berliner Klinik, Febr.).

So trug Alles dazu bei, dass das Tuberkulin gänzlich verworfen wurde, und der Zeit der ersten Begeisterung folgte eine Periode, wo Niemand mehr wagte, seine Stimme für das Mittel zu erheben.

Um so mehr anzuerkennen ist es, dass trotzdem eine Anzahl von Aerzten in der Stille die Prüfung des Tuberkulins weiter fortsetzte und an der Vervollkommnung seiner Anwendung weiter arbeitete.

Ich nenne hier zuerst Geheimrat Goetsch in Slawentzitz; er veröffentlichte 1901 in der deutschen medizinischen Wochenschrift (Nr. 25) seinen Bericht über die von ihm mit Tuberkulin behandelten Fälle. Zur Charakterisierung der damaligen Anwendungsweise zitiere ich wörtlich folgenden Passus aus seiner Abhandlung. Er sagt: „Es wurde gespritzt ohne Auswahl der Fälle, ohne die Temperatur der Kranken regelmässig zu messen und die Kranken zu wiegen, und wenn die fiebernden Kranken mehr fieberten, so sollte die vermehrte Dosis des Tuberkulins, ähnlich wie Chinin bei der Malaria, das Fieber vertreiben. Und wenn dann die Kranken kränker wurden, dann wurde das Tuberkulin als Grund angegeben. Mir begegnete es wiederholt, dass Kollegen, die mit zum Konsilium aufgefordert, klagten, dass sie das Tuberkulin schon seit längerer Zeit anwendeten, dass aber die Kranken ständig mehr fieberten, trotzdem sie stetig die Dosen gesteigert hätten. Kein Wunder, dass eine grosse Panik unter den Aerzten und Kranken entstand. Kein Kranker wollte sich weiter spritzen lassen. Es war damals eine aufgeregte Zeit, und die Tuberkulinfrage war die brennendste, die je die Medizin beschäftigt hat. Ich habe diese Sturm- und Drangperiode nicht mitzumachen brauchen. Ich sagte mir, dass es unmöglich richtig sein kann, wenn man die so wie so zu Fieber neigenden Tuberkulösen wöchentlich 2 bis 3 Mal durch steigende Tuberkulininjektionen höheren Temperaturen aussetzte und begann in Folge dessen mit kleinsten Dosen und stieg sehr vorsichtig und langsam mit den Dosen weiter. Es war dies der Grund, dass meine Kranken, die ich 1891 behandelte, den Gefährlichkeiten der Tuberkulinkur nicht ausgesetzt waren und dabei doch schliesslich ihre Tuberkelbazillen verloren und ihre Gesundheit wiederfanden".

Seit dem Jahre 1891 bis 1901 hat Goetsch im Ganzen 224 Tuberkulöse behandelt, musste aber in den Jahren 1892, 1893 und 1894 die Kuren unterbrechen, da in Folge der bekannt gewordenen Gefahren, Niemand sich einer Tuberkulinkur unterziehen wollte. Erst im Jahre 1895 meldeten sich neue Tuberkulöse behufs Vornahme der Kur, da die günstigen Dauererfolge, der im Jahre 1891 behandelten Fälle das Vertrauen der Kranken zu der Tuberkulinkur von Neuem gehoben hatten. Bis 1901 verfügte Goetsch über 224 Fälle; von diesen waren 175 entlassen und zwar 125 als geheilt, das sind 71 pCt.

Neben Goetsch behandelte Petruschky in Danzig mit kleinen Dosen seine Patienten. 1904 veröffentlichte er im Februar-Heft der „Berliner Klinik" seine Abhandlung über „Kochs Tuberkulin und seine Anwendung beim Menschen". Die Möglichkeit, dass das Tuberkulin eine Verallgemeinerung der Tuberkulose durch Mobilisierung der Tuberkelbazillen zur Folge haben könne, von der Virchow zuerst 1891 (Berliner klinisch. Wochenschrift) gesprochen hat, verweist Petruschky auf Grund seiner 13-jährigen Erfahrung ins Reich der Fabel; er habe nicht einen einzigen derartigen Fall erlebt bei vielen Tausenden von Tuberku-

[1]) Broden. Recherches sur l'histogénèse du tubercule et l'action curative de la tuberculine. Archives de médecine expérimentale. Tome XI. Nr. 1 1899.

lin-Einspritzungen. Man müsse nur dasjenige Stadium der Tuberkulose, in welchem aus verkästen Lymphknoten Aussaten auf dem Wege des Blut- oder Lymphstromes stattfinden, sorgsam vermeiden. Dieses Stadium sei durch scheinbar unmotivierte Temperatursteigerungen, Unregelmässigkeiten der Herztätigkeit, Auftreten trockener Pleuritis gekennzeichnet. Geht man in solchen Fällen mit Tuberkulin vor, so wird die aus natürlichen Gründen zu Stande kommende Mobilisierung der Tuberkelbazillen leicht dem Tuberkulin zugeschrieben.

In ähnlicher Weise spricht sich auch Mitulescu aus (Deutsche med. Wochenschrift 1902); ebenso C. Spengler, Moller u. a.

In verschiedenen Lungenheilstätten kommt neben der pysikatisch-diätischen Behandlungsweise auch das Tuberkulin in Anwendung, und die bisher erschienenen Berichte lauten recht günstig. So z. B. aus Cottbus vom dirigierenden Arzt D. Bandelier in Brauers Beiträgen zur Klinik der Tuberkulose (Bd. 6. Heft 1. 1906).

In Rehburg zählte Dr. Kaatzer in dem Zeitraum von 1891—96 unter 70 mit Tuberkulin behandelten, zum Teil recht ungeeigneten Fällen 21 = 30 pCt. Dauererfolge.

In der Heilstätte Belzig wurden von 1901—1903 965 Personen behandelt, davon 772 ohne und 193 mit Tuberkulin. Von diesen wurden durch die mit Tuberkulin kombinierte Behandlung 52,8 pCt. Heilungen konstatiert, während ohne Tuberkulin nur 33,1 pCt. Heilungen erreicht wurden. (A. Müller, Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenbehandlung. Bd. V. 1904).

Ueberall auf den Versammlungen der Tuberkulose-Aerzte ist inzwischen aus verschiedenen anderen Lungenheilstätten über gute Erfolge mit der Tuberkulin-Behandlung berichtet worden, so von Rumpf, Röpke, Kremser u. a. m.

Seit ca. 3 Jahren habe ich 62 Patienten mit Tuberkulin behandelt, von diesen sind 28 als geheilt entlassen, während bei den übrigen die Kur noch nicht abgeschlossen ist; das sind 45 pCt. Heilungen. Ich beabsichtige in nächster Zeit über diese Fälle genauer zu berichten. Es ist eine auffallende Erscheinung, dass die Universitätskliniken in Deutschland noch fast durchweg sich ablehnend oder doch abwartend verhalten. Ausser Prof. B. Fränkel in Berlin, der von Anfang an bis heute in seiner Poliklinik erfolgreich mit Tuberkulin arbeitete, wurde lange Zeit aus den anderen Universitätskliniken wenig berichtet. Erst in neuester Zeit fangen sich auch von dort Stimmen zu Gunsten der Tuberkulin-Anwendung zu regen. So ist aus der med. Universitätspoliklinik zu Heidelberg von Prof. Hammer in den Beiträgen zur Klinik der Tuberkulose (Bd. VII, Heft II) eine sehr beachtenswerte Arbeit über Tuberkulinbehandlung der Lungentuberkulose erschienen. 50 genaue beobachtete Fälle werden dort angeführt.

Aus der v. Leubeschen Klinik in Würzburg ist auch ein gewichtiges Zeugniss für den Wert des Tuberkulins hervorgegangen von Lüder „Beobachtungen über 100 mit altem Kochschen Tuberkulin behandelte Fälle" (Zeitschrift für Tuberkulose, Bd. IX, Heft 2).

In Russland ist von Dr. Altschuller in Jalta im Juli 1907 eine Abhandlung erschienen: къ вопросу о примѣненіи туберкулиновъ въ распознаваніи и леченіи легочной бугорчатки.

Im Uebrigen habe ich in der neuesten Literatur noch folgende Arbeiten gefunden:

1) Габричевскіи. Туберкулинъ какъ діагностическое средство. (Русскій архивъ патол. Подвысоцкаго, 1901). 2) Демпель. Къ вопросу о леченіи туберкулеза легкихъ туберкулиномъ. (Практ. врачъ, 1905. № 34 и 39). 3) Габриловичъ. Леченіе чахотки туберкулиномъ. (Русскій врачъ 1906. № 26). 4) Самойленко. О туберкулинѣ Spenglers. (Врачебная газета. № 5. 1907). 5) Пангранцъ. О новомъ способѣ примѣненія туберкулина Kocha при легочной бугорчаткѣ. (Врачебная газета, № 2. 1908). 6) Березовскій. Леченіе бугорчатки туберкулиномъ Карла Шпенглера. (Врачебная газета. № 13. 1908).

In Berlin treten erfahrene Aerzte in neuester Zeit mit vollem Recht für die ambulatorische Tuberkulinbehandlung ein, so namentlich Dr. Holdheim.

Aus all den angeführten Berichten geht mit Klarheit hervor, dass wir in eine neue Tuberkulinära eingetreten sind und dass die moderne, milde Anwendungsweise des Tuberkulins doch Erfolge gezeigt hat, an die man bereits gar nicht mehr hat glauben wollen. Alle genannten Autoren sind zu den guten Resultaten gelangt, indem sie womöglich **eine jede heftige Reaktion durch vorsichtiges Dosieren vermieden haben.**

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. L. Pagel: Zeittafeln zur Geschichte der Medizin. Berlin. 1908. Verlag von Aug. Hirschwald.

Die von Prof. Pagel herausgegebenen Zeittafeln entsprechen unserer Meinung nach einem längst empfundenen Bedürfnis. Beim Studium der Geschichte der Medizin nach den grossen Handbüchern verliert besonders der Anfänger leicht die Uebersicht, und die einzelnen Episoden der Geschichte der Medizin treten gewissermassen zurück bei der umfassenden pragmatischen Behandlung des Stoffes. Da kommen die Zeittafeln zu Hilfe. In Abschnitte geteilt, sehen wir auf den einzelnen Tafeln den ganzen Werdegang unserer Wissenschaft vor uns, in chronologischer Reihenfolge und synchronistisch nach Völkern, Ländern, Schulen und Disziplinen geordnet, erscheint der gewaltige Stoff in knapper, übersichtlicher, selbst dem Anfänger leicht fasslicher Form. Um das zu vollbringen, bedurfte es einer Meisterhand. Aus den Pagelschen Zeittafeln spricht zu uns ein staunenswertes Beherrschen des Stoffes, eine Fülle von Kenntnissen, enzyklopädisches Wissen und die Fähigkeit, dieses Wissen anderen in anschaulicher, anregender Weise mitzuteilen. Verfasser schickt den Tabellen eine Einleitung voraus, wo die einzelnen Perioden der medizinischen Geschichte kurz geschildert werden und jede Periode mit wenigen Worten treffend charakterisiert wird. Diese Einleitung ist gewissermassen das Atrium, durch welches der in das Gebiet der Geschichte der Medizin Eintretende einen Einblick gewinnt in die vielgestaltige, manigfaltige Menge von Begebenheiten und Personen, die ihm weiter auf den Tafeln entgegentreten, und die er dank dieser Einleitung gleich in eine bestimmte Epoche oder Gruppe einzureihen weiss. — Einer Empfehlung bedarf Pagels Werk nicht, wir wünschen aber, dass möglichst viele Aerzte sich damit bekannt machen zu ihrem eigenen Nutzen.

Fr. Dörbeck.

H. Gutzmann: Sprachstörungen und Sprachheilkunde. Berlin 1908. Verlag von S. Karger.

Dieser Separatabdruck aus der Monatschrift für Sprachheilkunde, Band 17, ist Albert Gutzmann, dem Direktor der städtischen Taubstummenanstalt in Berlin, dem grossen Forscher und Bahnbrecher auf dem Gebiete der Sprachheilkunde, dessen Porträt auch dem Buche beigegeben ist, zu seinem 70. Geburtstage gewidmet. Es enthält 24 Arbeiten von Verfassern aus aller Welt, hauptsächlich Aerzten aber auch Lehrern, giebt ein vollständiges Bild vom heutigen Stande dieser Wissenschaft und Praxis, zeigt die Richtung, in welcher der weitere Ausbau zu erstreben ist, ein wie grosses Interesse der Staat an der richtigen Organisation der Heilstätten für Sprachgebrechen hat, wie namentlich die Lehrkurse für Aerzte und Pädagogen noch weit mehr zugänglich gemacht werden müssen. — Aus Russland stammt ein Beitrag von Oltuszewski in Warschau.

Michelson.

Protokolle des XIX. livländischen Aerztetages.

1. Sitzung.

Freitag, den 17. August.

Eröffnung des XIX. livländischen Aerztetages durch den stellv. Herrn Stadtarzt Dr. A. Lezius.

Auf Vorschlag des I. Sekretärs, Herrn Dr. W. v. Holst, wird das Ehrenmitglied der Gesellschaft, Herr Dr. med. H. Truhart, ersucht, interimistisch die Funktionen eines Präses bis zu den definitiven Wahlen zu übernehmen, da der Präses, Herr Stadtarzt Dr. med. Ch. Ströhmberg, durch schwere Krankheit am Erscheinen verbindert ist.

Vor Eintritt in die Tagesordnung begrüsst der interimistische Leiter Dr. H. Truhart die Gäste und anwesenden Kollegen.

Das Stadthaupt, Herr V. v. Grewingk, begrüsst hierauf die Versammlung mit herzlichen Worten und heisst sie in den Mauern der Stadt willkommen und schliesst hieran die Aufforderung, ein am Abend des 19. August von der Stadt veranstaltetes geselliges Beisammensein in der Ressource durch zahlreiches Erscheinen erfreuen zu wollen.

Nach dem hiernach der Präses für das herzliche Willkommen durch den Vertreter der Stadt gedankt und besonders der guten Beziehungen gedacht hatte, welche stets zwischen der Kommune und den Aerzten bestanden haben und noch bestehen und für die freundliche Aufforderung zum Gastmahle den Dank der Gesellschaft ausgesprochen hatte, ergriff der Decan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. F. O. Ewetzky, das Wort, um einen Gruss der Fakultät dem livländischen Aerztetage zu übermitteln. Der Präses betonte in seiner Erwiderung auf diesen Gruss, dass zwischen der Fakultät und dem livländischen Aerztetage stets die besten und engsten Beziehungen bestanden haben, indem die Herren Professoren auf den Aerztetagen sich nicht nur mit Vorträgen sondern auch durch persönlichen Besuch häufig beteiligt haben.

Dr. S. Meyer, als Präses der Dorpater Medizinischen Gesellschaft, begrüsst den XIX. Livl. Aerztetag und wünscht ihm gedeihliche Arbeit und Förderung der wissenschaftlichen Fragen.

Der Präses erwähnt in seiner Erwiderung der Verdienste welche die Dorp. Mediz. Gesellschaft sich erworben hat dadurch, dass sie die alten Traditionen der Alma mater stets hochgehalten hat und dass sie es gewesen ist, welche den Anstoss zur Ausarbeitung einer Gebührenordnung gegeben hat.

Dr. R. v. Wistinghausen überbringt die Grüsse der Estländischen Aerztegesellschaft und wünscht gedeihliche Arbeit und engeres Zusammenschliessen.

Der Präses dankt für die warmen Grüsse des Brudervereins und wünscht eine engere Fühlung der Kollegen, um der Nivellierung zu steuern und jederzeit die Kollegialität und die ärztliche Ethik in ihren ungeschriebenen Gesetzen zu erhalten. — Darauf gedenkt der Präses jener Männer, welche der unerbittliche Tod im verflossenen Jahre dahingerafft hat, es sind ihrer nicht weniger als 6 Kollegen, welche der Aerztegesellschaft angehört haben.

1) Dr. Wolfgang v. Grot.
2) Dr. Arthur v. Reissner.
3) Dr. Georg Kitta-Kittel.
4) Dr. Friedrich v. zur Mühlen-Aschof.
5) Dr. Eduard Gustav Dabbert.
6) Dr. Emanuel Jaesche.

Das Andenken der Verstorbenen wird durch Erheben von den Plätzen geehrt. Darauf hält der Präses folgende Ansprache:

«Wir wollen, verehrte Kollegen, es aber nicht nur bei dem ‹de mortnis nil nisi bene› bewenden lassen. Es will mir scheinen, dass es lediglich einer Schwäche des Menschenherzens entspringt, wenn wir im Leben mit der vollen Anerkennung wahren Verdienstes so kargen. Ich möchte an dieser Stelle der grossen Verdienste gedenken, welche sich unser bisheriger Präsident, Herr Dr. med. Chr. Ströhmberg um unsere Gesellschaft erworben. Ich glaube in der Lage zu sein, diese am besten würdigen zu können, da von dem Tage der Gründung unseres baltischen Aerztevereines an wir beide stets Schulter an Schulter gearbeitet. Schon in der auf Initiative der Felliner Kollegen vor nunmehr 20 Jahren stattgehabten Vorversammlung, war Ströhmberg es, der in die Kommission zur Ausarbeitung der Statuten berufen, sich unvergessliche Verdienste erwarb. Wenn es auf unseren Aerztetagen galt, komplizierte, das ganze Land umfassende Sanitätsreformen auszuarbeiten, brach in den Spezialkommissionen sein aussergewöhnliches organisatorisches Talent sich stets Bahn. Auch die Gründung des liv- und kurländischen ärztlichen Rechtsvereines haben wir zum grossen Teile seiner Mitarbeit zu verdanken, die Unterstützungskasse für die Aerzte, Witwen und Waisen in ihrer gegenwärtig so glänzend prosperierenden Gestaltung ist vor Allem sein Werk. Fast allen diesen neu ins Leben gerufenen ärztlichen Institutionen hat Ströhmberg in der Funktion des ersten Sekretärs eine unermüdliche Arbeitskraft zur Disposition gestellt. Die umsichtige, durch objektive Sachlichkeit gekennzeichnete Leitung unserer Gesellschaft während seines Präsidiums steht uns Allen in frischer Erinnerung; auch das fesselnde, inhaltreiche Programm des diesjährigen Aerztetages ist trotz seiner schweren Krankheit, wenn ich nicht irre, von ihm noch zusammengestellt worden.

Meine Herren! In vollem Einklang mit unserem gegenwärtigen Vorstande stelle ich den Antrag, unseren verehrten, bisherigen Präses, Dr. Ströhmberg, zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft livländischer Aerzte zu ernennen und ihm diese Anerkennung seiner Verdienste durch eine zu erwählende Deputation zu eröffnen».

Der Antrag des stellv. Herrn Präses wird einstimmig angenommen und in die Deputation die Herren Dr. Truhart, Dr. Koppe und Dr. A. Lezius gewählt.

Dr. Truhart lenkt die Aufmerksamkeit der Gesellschaft auf den am 10. Oktober 1908 zu feiernden 70. Geburtstag unseres Landsmannes Prof. Oswald Schmiedebergs. Die Universität Strassburg i/El. hat beschlossen, dem Jubilar zu seiner Feier eine Festschrift zu widmen und eine Ehrengabe zu überreichen, sei es als Büste etc., je nach den Mitteln. Da Prof. Schmiedeberg aus unseren Provinzen stammt, Prof. unserer Alma mater gewesen ist, und in seinem Spezialfache eine der ersten Koryphäen der Welt ist, hält der Präses es für seine Pflicht, zu beantragen, dass die Gesellschaft livländischer Aerzte im Hinblick auf die grossen wissenschaftlichen Verdienste unseres berühmten Landsmannes, des einstmaligen Hochschullehrers unserer Landesuniversität, Dr. Oswald Schmiedeberg, sich an der auf Initiative der Strassburger Universität gelegentlich der 70. Geburtstagsfeier des Jubilars in Aussicht genommenen ‹Ehrengabe› beteilige.

Es wird beschlossen, 100 Rbl. aus der Kasse der Gesellschaft zum angegebenen Zwecke anzuweisen.

Punkt I. Bericht des Sekretärs über die Tätigkeit des Vorstandes während des verflossenen Jahres und die eingelaufenen Schriften. Unter letzteren befindet sich ein Antwortschreiben des verst. Prof. Exc. Dr. E. v. Bergmann-Berlin auf eine ihm vom Präsidium der Gesellschaft zu seinem 70-jährigen Geburtstage übersandte Adresse.

Im Anschluss an diese Antwort führt der Präses folgendes aus: «Meine Herren! Wie Ihnen allen bekannt, ist Prof. Ernst v. Bergmann am 12. (25.) März dieses Jahres nach in kurzem Zwischenraum zwei Mal nach einander vergeblich an ihm vorgenommener Operation in Wiesbaden seinem Leiden erlegen, dessen wahre Natur erst bei der Sektion die richtige Deutung gefunden hat!

Nächst Pirogow ist v. Bergmann unstreitig der hervorragendste Chirurg, der aus der Dorpater Hochschule hervorgegangen ist; an Schaffenskraft und Weltberühmtheit hat er auch jenen glänzenden Stern unserer Universität noch überstrahlt. Es wäre eine Vermessenheit von mir, sollte ich den Versuch wagen, alle die unvergänglichen Verdienste zu skizzieren, welche Ernst von Bergmann sich als wissenschaftliche Lehrkraft und als klinischer Chirurg erworben. Nur flüchtig sei hier an seine ersten schöpferischen, rein wissenschaftlichen Arbeiten, soweit diese noch seiner Dorpater Lehrzeit entstammen, an «die Lehre von der Fettembolie» und an die Darstellung des toxischen Prinzips bei der Septichaemie, «das putride Gift Sepsin» erinnert. Seiner praktisch-klinischen Anregung auf dem Gebiete der Lepraforschung haben speziell wir, seine Schüler, unsere ersten Kenntnisse von dem Wesen und der Verbreitung der Lepra, unsere Provinzen aber in gewissem Sinne auch den nunmehr seit vielen Jahren auf der ganzen Linie aufgenommenen Kampf gegen diese, bei uns zur Volksseuche gewordene Krankheit zu verdanken.

In die Zeit seines hiesigen Wirkens fällt auch v. Bergmanns umfassende kriegschirurgische Tätigkeit auf dem Kriegsschauplatze der Jahre 1866, 1870 und 1877—78. Aus diesen an persönlichen Erfolgen so reichen Erfahrungen schöpfte er das Material zu seiner auch heutzutage allgemein giltig anerkannten, konservativen Kriegschirurgie.

Nur 7 Jahre hat Ernst v. Bergmann als Professor der speziellen Chirurgie und als Leiter der chirurgischen Klinik der engeren Körperschaft unserer Dorpater Universität angehört. In dieser seiner Stellung hat er aber für alle Zeiten bahnbrechend gewirkt und Schule gemacht. Manchen von Ihnen, den älteren Herren Kollegen, denen es vergönnt gewesen ist, als Schüler oder als Freunde dieser bedeutenden Persönlichkeit näher zu treten, wird noch in frischer Erinnerung sein die Trauer, welche unser ganzes Land erfüllte, als Professor v. Bergmann dem ehren-

vollen Rufe nach Würzburg Folge gebend, im Jahre 1878 aus unserer Mitte schied.

Schon fünf Jahre später ward er zum Nachfolger eines v. Langenbeck auserlesen. Hier in Berlin, dem Zentrum deutscher Wissenschaft und westeuropäischer Kultur gelangte seine enorme Leistungsfähigkeit und sein unermüdlicher Schaffensdrang erst zu voller Entfaltung. Nicht aufzählen lassen sich alle die Institutionen und Wohleinrichtungen, die v. Bergmanns schöpferischer Geist ins Leben gerufen, die heute in voller Blüte stehen. Weit über die Grenzen des Deutschen Reiches hinaus haben die vielen Tausende seiner Schüler Bergmanns Schule hinausgetragen, ja auf dem ganzen Erdball ist Ernst v. Bergmanns Name bekannt! Seinen Weltruf als Hochschullehrer verdankt er der ihm eigenen, Begeisterung entfachenden, glänzenden Beredtsamkeit, der Beherrschung einer tadellosen chirurgischen Technik, seinem organisatorischen Genie, der ihm innewohnenden Humanität.

Sein Wirkungskreis beschränkte sich aber nicht nur auf die mustergiltige Pflichterfüllung in der Stellung eines Universitätslehres; seine schaffensfrohe Arbeitskraft widmete sich auch der weiteren Fortentwickelung und dem Gesammtwohle des Aerztestandes; es seien hier nur die von ihm begründeten Fortbildungskurse für Aerzte erwähnt, die nunmehr auf den Hochschulen Deutschlands zahlreich verzweigt, in segensreichster Weise funktionieren, ich erinnere ferner an seine energievolle und oft ausschlaggebende aktive Mitbetätigung in den Aerztekammern und so fort. Trotz all dieser Ueberfülle von Arbeitsleistung drängte ihn wahre Humanität dazu, seine ärztliche Kunst bis zum Schluss seines Lebens in den Dienst der gesamten leidenden Menschheit zu stellen: an Fürstenhöfen, wie in Bauernhütten war und blieb er der gleich warm mitempfindende, selbstlos sich hingebende, gewissenhafte Arzt. Fürstliche Ehren sind dem zu früh Dahingeschiedenen zu Lebzeiten und im Tode zu Teil geworden; um ihn trauert heute das gesamte deutsche Volk!

Auch wir, hochgeehrte Anwesende, wollen das Gedächtnis dieses grossen Toten ehren. (Die Versammelten erheben sich von ihren Plätzen.) Ihn, der obgleich schon seit so vielen Jahren dem Deutschen Reiche angehörend, bis zum letzten Atemzuge sich als treuer Sohn seiner baltischen Heimat bewährt hat, dürfen wir mit Stolz den unserigen nennen. Wir, hier versammelten Aerzte verdanken ihm, wie auch aus dem soeben verlesenen Antwortsschreiben auf unsere gelegentlich seiner 70-jährigen Festfeier überreichte Adresse hervorgeht, die erste geistige Urheberschaft des baltischen Aerztetages. Ich stelle den Antrag: der Aerztetag wolle in pietätvoller Anerkennung der ungewöhnlich grossen Verdienste dieses Sohnes unserer baltischen Lande die Initiative dazu ergreifen, dass auf Dorpats historischem Boden, als der Wiege der Studien- und der Lehrjahre des weltberühmten Chirurgen das Andenken an Ernst v. Bergmann auch den nachkommenden Geschlechtern durch ein auf dem Dom zu errichtendes, würdiges Denkmal überliefert werde».

Prof. Dehio proponiert in Rücksicht der Wichtigkeit der Frage, die Entscheidung auf 1—2 Tage hinauszuschieben, damit in kleineren Kreisen die Frage privatim besprochen werden könne.

Dr. Truhart: «Wir werden Herrn Prof. Dehio darin wohl nur beipflichten können, dass zur Realisierung dieses Aktes der Pietät die materiellen Kräfte unseres Aerztevereins allein keineswegs ausreichen würden. Wir werden vielmehr zur Erreichung des gesteckten Zieles weiteste Kreise des In- und Auslandes heranzuziehen haben. Es handelt sich ja aber bei dem gestellten Antrage zunächst nur darum, den Aerztetag als solchen zur Initiative anzuregen. Was den Vorschlag Prof. Dehios aber betrifft, die Entscheidung auf zwei Tage hinauszuschieben, so erscheint mir dieser durchaus zweckwidrig, da es sich bei der Annahme des Antrages bislang nur darum handeln kann ein Organisationskomitee zu erwählen. Diesem Komitee würde meines Erachtens eine zweifache Aufgabe obliegen: 1) noch während der kurzen Frist des Aerztetages Beratung darüber zu pflegen, welche Wege einzuschlagen wären, um das ins Auge gefasste Unternehmen in Gang zu bringen und 2) bei dem ihm zustehenden Cooptationsrechte sich zum definitiven «Zentralkomitee» zwecks Gründung eines Bergmann-Denkmals zu erweitern. Sollte sich die Versammlung, wie ich sicher glaube voraussetzen zu können, für eine Annahme des Antrages entscheiden, so könnten wir nicht erst zum Schluss des Aerztetages, wir müssten schon heute zur Wahl jenes Organisationskomitees schreiten. Dieses Organisationskomitee hätte meinem Dafürhalten nach nur aus 5 Gliedern zu bestehen und zwar erlaube ich mir dann folgende 5 Personen, deren Zusage ich — zum Teil wenigstens — schon für alle Fälle mich vergewissert habe, in Vorschlag zu bringen: 1) Prof. Dr. G. von Oettingen, emer. Rektor der alten Dorpater Universität, einstmaligen Professor der speziellen Chirurgie und Lehrer Ernst von Bergmanns 2) Prof. Dr. W. Zoege von Manteuffel, derzeitigen Professor der spez. Chirurgie und Direktor der chirurgischen Universitätsklinik. 3) Prof. Dr. F. O. Ewetzky, d. z. Prof. der Ophthalmologie und Decan der Mediz. Fakultät. 4) Dr. med. E. Blessig, Präses der Petersb. medizinischen Gesellschaft. 5) Den heute neuzuerwählenden Präses der Gesellschaft Livl. Aerzte. Der Vorschlag des Präses wird einstimmig angenommen. Der stellv. Kassaführer Dr. E. Anderson verliest den Rechenschaftsbericht pro 1906/7. Die Gesellschaft genehmigt den Rechenschaftsbericht.

Dr. Sadikoff proponiert, Punkt IV der Tagesordnung an Stelle von Punkt III zu verhandeln.

Mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten, welche eine event. Umänderung resp. Abänderung in sich involviere, proponiert der Präses diesen Antrag abzulehnen. Geschieht.

Punkt II. Als Ort des nächsten Aerztetages wird Riga gewählt. Die Bestimmung des Termines wird dem Vorstande überlassen, bevorzugt soll der August werden.

Punkt III. Wahlen: 1) Präses: Dr. A. v. Bergmann-Riga, 2) Vizepräses: Prof. Zoege v. Manteuffel-Dorpat, 3) I. Sekretär Dr. W. v. Holst-Riga, 4) II. Sekr. Dr. W. Kieseritzky-Dorpat, 5) Kassaführer Dr. G. v. Knorre-Riga.

Punkt IV. Diskussion über Umbenennung des «Livländischen Aerztetages» in einen «baltischen Aerztetag».

Dr. Wistinghausen vertritt die Ansicht, dass jede Provinz ihre eigene Aerztegesellschaft haben resp. gründen soll. Diese drei Gesellschaften tun sich dann zusammen zu einem baltischen Aerztetage und halten nach Verlauf einer bestimmten Reihe von Jahren einen gemeinsamen Kongress ab, wobei jeder Provinz der eigene Aerztetag erhalten bleiben soll.

Dr. Keilmann schlägt vor, von einer Umbenennung und Aenderung der Statuten abzusehen und zu beschliessen, in gewissen Intervallen einen baltischen Aerztekongress zu berufen. Die Berufung des Kongresses könnte auch von Aerzteverbänden in den Nachbarprovinzen geschehen.

Dr. Stieda: Gegen den Antrag des Koll. Wistinghausen möchte ich die Tatsache anführen, dass Kurland z. Z. keinen eigenen Aerztetag hat und dass fürs Erste jedenfalls keine Aussicht auf einen solchen vorhanden ist. Es wäre also Kurland in solchem Falle im Nachteil gegenüber den Schwesterprovinzen. Gerade deswegen wurde der Gedanke der Umbenennung des Aerztetages in den kurländischen Aerztevereinen mit Freuden begrüsst, weil sie dadurch auf eine mächtige Anregung hofften. Im Zusammenhang mit der Umbenennung würde es ja wohl auch stehen, dass auf dem Aerztetage dann allgemein baltische medizinische Fragen zur Besprechung kommen. Deswegen möchte ich mich durchaus für den Antrag des Koll. Sadikow aussprechen.

Dr. Hampeln tritt für die Umbenennung des Aerztetages in baltischen Aerztetag aus den auf dem vorigen Aerztetag bereits angegebenen Gründen ein. Wie Dr. Wistinghausen hält auch er die Benennung, wenn auch nicht für die Hauptsache, so doch auch für eine wichtige Sache. Es ist logisch wichtig, dass Name und Inhalt sich decken, wenn keine äusseren Hindernisse dem entgegenstehen. Regelmässiges Zusammenkommen einer Versammlung aller Aerzte aller Provinzen erscheine ihm, wie es geplant würde, höchst wünschenswert. Aus diesem Grunde sei er auch für Umbenennung des livländischen Aerztetages in baltischen Aerztetag.

Dr. Truhart: «Schon im vorigen Jahre nahm ich die Gelegenheit wahr, darauf hinzuweisen, dass unsere Aerztetage der Intention der Begründer gemäss, ihrem Wesen nach als baltische ins Auge gefasst worden sind und dass nur die zur Zeit der Gründung herrschenden äusseren Verhältnisse es als aussichtslos erscheinen liessen, ihnen auch diesen Namen zu geben. Statutengemäss stand es auch den Aerzten der Nachbarprovinzen vollständig frei, als ganz gleichberechtigte Mitglieder sich der Gesellschaft livländischer Aerzte anzuschliessen und an jenen teilzunehmen. Im Sinne Altlivlands trug er den Namen «livländischer» Aerztetag, ausserdem noch mit vollem Recht, da er in Livland begründet war. Zufolge der zentralen geographischen Lage Livlands war eine Mitbeteiligung der Herren Kollegen der beiden Schwesterprovinzen in gleich bequemer Weise ermöglicht. Die Erfahrung hat im Laufe der Zeiten gelehrt, dass die Beteiligung von Kurland her eine bei Weitem viel regere war, als aus unserer Nachbarprovinz Estland. Seinem Wesen nach verlor der livl. Aerztetag den baltischen Charakter erst, als vor 2 Jahren neben ihm auch ein «estländischer Aerztetag» ins Leben gerufen wurde: eine nunmehrige etwaige Umbenennung des «livländischen» in einen baltischen Aerztag würde an der Sachlage absolut nichts ändern.

Unter den gegebenen Verhältnissen erscheint es mir — ohne äussere Schwierigkeiten — wohl erreichbar und dem Sinne der Gründer unserer livländischen Aerztegesellschaft ent-

sprechend, wenn ein «baltischer Aerztetag» neugegründet würde, welcher abwechselungsweise alle 3 Jahre in einer der drei Ostseeprovinzen einberufen würde. Eine einfache Umbenennung des livländischen Aerztetages würde an der Sachlage nichts ändern, wohl aber eine Auflösung der «Gesellschaft livländischer Aerzte» zur Voraussetzung haben und logischerweise eine Sestierung der alljährlich wiederkehrenden livländischen Wander-Aerztetage nach sich ziehen, welche seit ihrem 19-jährigen Bestehen den einheimischen Kollegen in Stadt und Land zum Bedürfniss ihres geistigen Berufslebens geworden sind. Aus all den angeführten Gründen kann ich mich nur strikte gegen die Vorlage in der beantragten Form aussprechen».

Vom Präses werden zur Klärung folgende zwei Vorschläge gemacht und angenommen: 1) Sind erweiterte Sitzungen als Kongresse der 3 baltischen Aerztegesellschaften erwünscht? 2) Ist eine Umbenennung des livländischen Aerztetages in einen baltischen Aerztetag im Ssadikow'schen Sinne erwünscht? Zur ersten Frage ergreift in bejahendem Sinne Dr. Wistinghausen das Wort. Auch Dr. Keilmann ist für erweiterte Aerztetage, nachdem er keine Differenz in seiner und Dr. Wistinghausens Ansicht konstatiert hat. Dr. Hampeln konstatiert, dass es auf jährliche allgemeine Versammlungen der baltischen Aerzte ankomme und dem entsprechende Benennung.

Zur Frage der Umbenennung ergreift als Erster Dr. Sadikoff das Wort: «Ich beantrage den livländischen Aerztetag aufzugeben und ihn in einen baltischen umzubenennen, da eine jährliche Versammlung durchaus notwendig ist und durch einen alle drei Jahre wiederkehrenden Kongress Kurland zu kurz kommen würde, da hier die Stimmung sicher vorhanden ist, nicht stets Gast zu sein».

Prof. Dehio: «Es ist nicht klar, was unter einem «erweiterten» Aerztetag zu verstehen ist, da ja auch beim jetzigen Statut jeder baltische Arzt nicht als Gast sondern als vollberechtigtes Mitglied ohne jedes Ballotement und ohne alle Einschränkung am Aerztetage teilnehmen kann. Durch die Umbenennung wird nichts das Wesen des Aerztetages Aenderndes oder Vertiefendes oder Erweiterndes gewonnen».

Dr. Hampeln's Auffassung nach komme dem Worte auch werbende Kraft zu. Der Verein bliebe ja derselbe. Welche besonderen Gründe dafür sprechen, habe Dr. Sadikoff besonders angeführt.

Prof. Zoege proponiert die Abstimmung über diesen Punkt zu vertagen und auf den letzten Tag zu verlegen.

Die Proposition wird abgelehnt.

Die vorgenommene Abstimmung über eine event. Umbenennung in «baltischen Aerztetag» ergiebt eine Majorität für Ablehnung. Dagegen wird proponiert. eine Kommission zu wählen zur Entscheidung der Frage: ob es erwünscht ist, dass der Aerztetag die Rechte einer juristischen Person erhalte. In die Kommission sollen gewählt werden: der Vorstand des livländischen Aerztetages, der Vorstand des estländischen Aerztetages und der Vorstand des event. zu gründenden kurländischen Aerztetages.

Schluss der I. Sitzung.

Tagesnachrichten.

Vereins- und Kongressnachrichten

— Die physiko-medizinische Sozietät in Erlangen beging am 27. Juli n. St. die Feier ihres 100-jährigen Bestehens mit einem Festakt in der Universität.

— An dem internationalen Kongress in Washington wird eine stattliche Reihe deutscher Vertreter und deutscher Kapazitäten teilnehmen. So werden als Vertreter der Deutschen Regierung sich zum Kongress begeben: Prof. Dr. R. Koch; das Mitglied der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, Prof. Dr. Kirchner (Berlin) und Prof. Dr. v. Leube (Würzburg); als Vertreter des Kultusministeriums: Prof. Dr. Kraus (Berlin); im Auftrage des Kriegsministeriums: Oberstabsarzt Dr. Kirsch und die Stabsärzte Helm und Saar, im Auftrage des Landwirtschaftsministeriums: Prof. Dr. Zuntz; als Vertreter des Kais. Gesundheitsamtes: Dr. Hanel u. a. m. Unmittelbar vor dem internationalen Tuberkulosekongresse wird die «internationale Vereinigung gegen die Tuberkulose» ihre diesjährige Generalversammlung in Philadelphia abhalten, auf der der Generalsekretär derselben Prof. Dr. Pannwitz (Berlin), Dr. Williams (London) und Prof. Dr. Calmette (Lille) Vorträge halten werden.

Epidemiologisches.

— Die Cholera macht weitere Fortschritte, obschon die Massnahmen zur Bekämpfung der Seuche in diesem Jahre viel umfassendere sind als bei früheren Epidemien. Es dürfte die Zahl der Erkrankungen im ganzen Reiche wohl schon gegen 3000 betragen mit einer Mortalität von nahezu 50 pCt. Am stärksten heimgesucht ist die Stadt und das Gouvernement Astrachan, wo die Seuche zuerst (am 8. Juli) auftrat, sodann das Gouvernement Saratow und namentlich die Stadt Zarizyn, in welcher die ersten Erkrankungen am 10. Juli konstatiert wurden. Es folgen dann die Stadthauptmannschaft Rostow a/Don und die Stadt Nishni-Nowgorod, in welcher letzteren am 10. Aug. 26 Neuerkrankungen und nach unserer Berechnung vom Beginn der Epidemie, also vom 24. Juli—10. August, 142 Erkrankungen mit 54 Todesfällen an der Cholera vorgekommen sind.

— Gegen die Cholera hat nun auch die Petersburger Gouvernements-Landschaft Massnahmen ergriffen. So sind auf den Kanälen in den Kreisen Schlüsselburg und Nowaja Ladoga besondere Barken für die Aufnahme von Cholerakranken eingerichtet worden. Ausserdem ist die Zahl der Landschaftsärzte vermehrt und die Möglichkeit geboten worden, an allen, die es wünschen, Schutzimpfungen vornehmen zu können.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Für die Aufnahme von Zöglingen der orthodoxen geistlichen Seminare in die Warschauer Universität sind vom Ministerium der Volksaufklärung folgende Regeln festgesetzt worden: Die Zöglinge der rechtgläubigen Seminare werden unabhängig von der Zeit ihrer Entlassung, in alle Fakultäten der Warschauer Universität aufgenommen, wobei die Absolventen der vier allgemeinbildenden Klassen in die Universität nach Ergänzungsprüfungen in der Mathematik, Physik und in einer der neueren Sprachen im Umfange des Gymnasialkursus aufgenommen werden. Die Absolventen des vollen Kursus von 6 Klassen, ohne Unterschied der Kategorien, werden im akademischen Jahre 1908/9 ausnahmsweise ohne Ergänzungsprüfungen an den Gymnasien aufgenommen. Den Universitäten wird jedoch das Recht eingeräumt, nach Gutdünken der Fakultäten auch die neueintretenden Studenten einer Kontrollprüfung zu unterziehen.

— Von den 180 Gesuchen um Aufnahme in die Hebammenkurse an der Entbindungsanstalt (in der Nadeshdinskaja) sollen, wie der «R. Wr.» erfährt, 90 von jungen Mädchen herrühren, die den vollen Kursus eines weiblichen Gymnasiums absolviert haben.

Standesangelegenheiten.

— Zur Hebung des wissenschaftlichen Niveaus der Militärärzte in Russland macht der Chefarzt des Gardekorps Dr. Unterberger in seiner von uns vor kurzem (cf. Nr. 27, S. 291 dieser Wochenschr.) besprochenen Brochüre «Къ вопросу о санитарныхъ маневрахъ въ Россiи» einige praktische Vorschläge, die angesichts der bevorstehenden Reform unseres Militär-Sanitätswesens durchaus Beachtung verdienen. Vor allem verlangt er, dass dem Militärarzt die Möglichkeit geboten werde, sich jederzeit zu vervollkommnen, um auf der Höhe der Wissenschaft zu stehen. Das ist aber unter den gegenwärtigen Verhältnissen nicht möglich, da die Mehrzahl unserer Regimenter zerstreut in abgelegenen Ortschaften des weiten Reiches stehen. wo weder medizinische Bibliotheken noch besser eingerichtete Hospitäler vorhanden sind, so dass man sich nicht wundern kann, wenn die unter solchen Verhältnissen dienenden Aerzte selbst die auf der Akademie oder Universität erworbenen Kenntnisse allmählich verlieren. Da wäre aber nur ein Ausweg möglich: es müsste der bisherige Modus der Abkommandierung von Aerzten zur Vervollkommnung abgeändert werden. Bis jetzt werden nämlich alljährlich 57 Militärzte auf zwei Jahre zur Vervollkommnung an die mil.-med. Akademie abkommandiert. Es befinden sich somit jedes Jahr 114 Militärärzte auf der Akademie. Gewöhnlich wird nun das erste Jahr zur Vorbereitung zum Doktorexamen und das zweite zur Abfassung der Dissertation verwendet, von einer praktischen Vervollkommnung kann also nicht die Rede sein. Zwei Jahre gehen mithin fast zwecklos verloren; es wird viel Mühe verschwendet auf eine rasche Repitition theoretischer medizinischer Kenntnisse und auf die Abfassung der Dissertationen, deren praktisch-wissenschaft-

licher Wert oft ein recht zweifelhafter ist. Dr. Unterberger hält es nun für richtiger, denjenigen Militärärzten, welche eine gelehrte akademische Karriere einschlagen wollen, das Recht zur Erlangung des Doktorgrades zu belassen, den übrigen Aerzten aber die Zeit ihrer Abkommandierung um 4—6 Monate zu kürzen, wodurch einer grösseren Zahl von Militärärzten die Möglichkeit gegeben würde, die Abkommandierung zur Vervollkommnung zu benutzen. Da die Akademie nicht die infolgedessen grössere Zahl der abkommandierten Aerzte aufzunehmen imstande wäre, so könnten die Universitäten und die grossen gut eingerichteten Hospitäler ja aushelfen; die Fortbildungskurse müssten aber streng praktische sein.

Schliesslich macht Dr. Unterberger noch den Vorschlag, auch die bisher übliche zweijährige Frist der Abkommandierung von Militärärzten an ausländische Universitäten auf 6 Monate abzukürzen, da die dortigen Repetitionskurse durchaus praktisch eingerichtet sind. Es müsste nur zur Bedingung gemacht werden, dass die Aerzte die Sprache des Landes, in welches sie abkommandiert werden, vorher hinreichend erlernen.

— Der Moskauer Gouverneur hat die von der Moskauer Gouvernements-Landschaftsverwaltung für das Landschaftskrankenhaus im Kirchdorf Pjatnizkoje (Gouv. Moskau) engagierte Aerztin Sassuchina in diesem Amte nicht bestätigt.

— Deutsches Komitee für ärztliche Studienreisen. Wie wir einer Berliner Zeitung entnehmen, beabsichtigt das Deutsche Komitee für ärztl. Studienreisen im nächsten Jahre anlässlich des internationalen medizinischen Kongresses in Ofen-Pest den Besuch von Ungarn, der österreichischen Kronländer und eine Mittelmeerfahrt bis Konstantinopel auf sein Programm zu setzen. Das im vorigen Jahre gegründete «Internationale Komitee für ärztliche Studienreisen» wird im Einverständnis mit dem Deutschen Komitee auch die ausländischen Kollegen zur Teilnahme an dieser Reise auffordern. Alles nähere wird seinerzeit bekannt gemacht werden.

Personalia.

— Der Warschauer Stadtarzt Dr. Domontowitsch ist zum Gouvernements-Medizinalinspektor von Kielce ernannt worden.

— Dr. Edgar Mey, dirigierender Arzt des Krankenhauses beim Rigaschen Korrektionshause, ist vom Justizminister zu klinisch-wissenschaftlichen Zwecken und zum Studium des Krankenhauswesens in Strafanstalten ins Ausland abkommandiert worden.

— Der emeritierte ordentliche Professor der pathologischen Anatomie an der Warschauer Universität, Dr. Eduard Przewoski, ist nach Ausdienung der Dienstfrist auf eigenes Ersuchen mit Uniform verabschiedet worden.

— Der Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der Odessaer Universität, Dr. W. Sarubin, beabsichtigt krankheitshalber seine Lehrtätigkeit aufzugeben.

— Der ausserordentliche Professor der Berliner Fakultät und Abteilungsvorstand im physiologischen Universitätsinstitut Dr. Hans Thierfelder hat die Berufung als Ordinarius für physiologische Chemie an der Universität Tübingen angenommen.

— Auf den erledigten Direktorposten am Senckenbergischen pathologischen Institut in Frankfurt a/Main ist der Privatdozent für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie an der Universität Bonn, Dr. Bernhard Fischer, berufen worden.

— Der Fellinsche Stadtarzt, Kollegienrat Dr. Arnold Schwartz, ist zum älteren Medizinalbeamten bei der Verwaltung des Obermedizinalinspektors ernannt worden.

— Dr. O. Thilo, Leiter einer orthopädischen Anstalt in Riga, ist in die Kaiserl. Leopold-Karolinische Akademie der Naturforscher in Halle a. S. als Mitglied gewählt worden.

Nekrologe.

— Verstorben sind: 1) Am 11. August in Krzeszowice (Oesterreich) der frühere Professor der Physiologie an der militär-medizinischen Akademie, wirkl. Staatsrat Fürst Johann Tarchan-Mourawow, im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher von einem alten grusinischen Fürstengeschlecht abstammte, war in Tiflis geboren und hatte seine wissenschaftliche Bildung anfangs an der Petersburger Universität, dann an der mediko-chirurgischen Akademie erhalten, welche er i. J. 1869 mit dem Arztgrade absolvierte, worauf er bei der Akademie belassen wurde, um sich zur akademischen Tätigkeit vorzubereiten. Nach Erlangung der Doktorwürde, wurde er zur weiteren Vervollkommnung ins Ausland geschickt, wo er sich zwei Jahre speziell mit physiologischen Arbeiten bei Hoppe-Seyler und Golz in Strassburg, bei Claude Bernard, Ranvier und Marey in Paris und anderen Physiologen beschäftigte. Nach Russland zurückgekehrt, habilitierte er sich i. J. 1875 als Privatdozent für Physiologie an der mediko-chirurgischen Akademie, an welcher er im darauffolgenden Jahre zum ausserordentlichen und dann zum ordentlichen Professor ernannt wurde. Im Jahre 1895 gab er seine Lehrtätigkeit an der Akademie auf, hielt aber noch mehrere Jahre Vorlesungen über allgemeine Physiologie an der hiesigen Universität. — Prof. Tarchanow war eine höchst sympathische Persönlichkeit sowie ein ausgezeichneter akademischer Lehrer und Forscher. Von seinen Schriften erwähnen wir hier nur folgende: «Ueber die psychomotorischen Zentren beim Menschen und den Tieren», «Über die automatischen Bewegungen der geköpften Tiere» «Ueber den Einfluss der Musik auf den tierischen Organismus», «Bestimmung der Blutmenge beim lebenden Menschen», «Einfluss der X-strahlen auf die Tiere». Sehr viel hat der Verstorbene ausserdem durch Schrift und Wort für die Popularisierung der Wissenschaft beigetragen. Er war auch Mitredakteur an dem von Prof. Poehl herausgegebenen «Journal für medizinische Chemie und Organotherapie» sowie Mitarbeiter an mehreren russ. medizinischen populären Zeitschriften. 2) Der Landschaftsarzt des Bogoduchowschen Kreises Lyshenko am Flecktyphus, mit dem er sich bei Behandlung der dort zahlreichen Typhuskranken infiziert hatte. Die Landschaft hat seiner Familie, die ganz mittellos zurückgeblieben ist, eine Jahrespension von 700 Rbl. bewilligt. 3) In Warschau Dr. Leon Silberstein im 47. Lebensjahre nach 18-jähriger ärztlicher Tätigkeit, anfangs im Gouv. Kalisch, dann eine Reihe von Jahren in Lodz. 4) Am 5. August im Tulaschen Gouvernement der Chef der Sanitätsabteilung der Moskauer Stadtverwaltung Dr. Alexander Petrowski im Alter von 54 Jahren. Der Verstorbene, welcher i. J. 1876 die Venia practicandi erlangt hatte, trat i. J. 1884 in den Dienst der Moskauer Stadtverwaltung als Sanitätsarzt, nachdem er vorher als Militärarzt tätig gewesen war, in welcher Eigenschaft er auch am russisch-türkischen Kriege teilnahm. Petrowski betätigte sich in den letzten Jahren auch auf journalistischem Gebiet und war Mitarbeiter mehrerer Tagesblätter, darunter auch der «Moskowskija Wjedomosti», in welchen er Berichte über Sanitätsfragen veröffentlichte.

Verschiedene Mitteilungen.

— Robert Koch-Stiftung. Kaiser Wilhelm hat der Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose aus seinem Dispositionsfonds die Summe von 100,000 Mark überwiesen. — Namhafte Spenden für diese Stiftung laufen fortgesetzt von deutschen Städten und deutschen ärztlichen Vereinen, aber auch von ausländischen Aerzten ein. So haben die Ungarischen Aerzte bereits 1350 Mark gespendet. Das Stiftungskapital hat mit der kaiserlichen Spende nunmehr eine Million überschritten.

— Dem livländischen Badeorte Kemmern sind, wie das örtliche Saisonblatt meldet, zu seiner weiteren Wohleinrichtung und Vervollkommnung vom Ministerium für Handel und Industrie 100,000 Rbl. angewiesen worden, hauptsächlich zum Bau einer Eisenbahn, die Kemmern mit dem Meeresstrande verbinden soll. Der nur 4 Werst von Kemmern entfernte Seestrand mit seinem sandigen Boden und schönen Fichtenwalde eignet sich vortrefflich zur Anlage von Seebädern.

— Der nächste Cyklus der Ferienkurse der Berliner Dozenten-Vereinigung beginnt am 1. Oktober 1908 und dauert bis zum 28. Oktober 1908; die unentgeltliche Zusendung des Lektions-Verzeichnisses erfolgt durch Herrn Melzer, Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus), welcher auch sonst hierüber jede Auskunft erteilt.

— Die Zahl der Selbstmorde in Petersburg nimmt in bedenkenerregender Weise zu. Nach dem Bericht der städtischen statistischen Abteilung sind hier im ebenverflossenen Julimonat nicht weniger als 174 Fälle registriert worden. In 122 Fällen hat das Motiv nicht festgestellt werden können; in 17 Fällen war der Grund Arbeitslosigkeit, in 9 unglückliche Liebe, in 6 Geisteskrankheit, in 5 Alkoholismus, in 8 allgemeiner Lebensüberdruss.

Bf.





PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gescn. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) —57.

ARHOVIN

Dr. Horovitz.

Vorzügliches Präparat zur INTERNEN und externen Behandlung der

= GONORRHOE =

Wichtiges Prophylaktikum gegen Gonorrhoische Gelenkentzündungen und Endocarditiden.

Medikation-intern. Arhovin 0,25 in capsl. gelat. S. 3—6 Mal tägl. 1—2 Capseln. **Medikation-extern.** Sol. Arhovini in ol. Provincial, 5% S. 2—3 Mal tägl. pro Inject. Bacill. Arhovini 6%. Im Verkauf Caps. Arhovini à 30 u. 50 Stück im Origin. Bacilli Arhovini und Arhovini liquid.

PYRENOL

Dr. Horovitz.

Wichtiges Antipyreticum, Expectorans und Antirheumaticum

= SPECIFICUM =

gegen Pertussis, Influenza, Asthma bronchiale.

Ordination: für Kinder pro Dose 0,1—0,5, für Erwachsene 0,5—1,5 — 3—4 Mal tägl., in Form von Pulvern, Tabletten oder Mixtur mit Sir. Rubi Idaei oder Aquae Menthae. Im Handel in Original à 10,0—25,50 0—100,0 oder in Tabletten.

Literatur franko und gratis durch Provisor: **E. JÜRGENS, Wolchonka, Moskau.** — GOEDECKE & Co. Chemische Fabrik, Leipzig.

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen

OBER SALZBRUNN SCHUTZ-MARKE

bei ALKALISCHE QUELLE ERSTEN RANGES

bereits seit **1601 ERFOLGREICH** verordnet.

Brunnenschriften und Analysen gratis und franko durch den VERSANDT des HERZOGLICHEN MINERALWASSERS von OBERSALZBRUNNEN.

FURBACH und STRIEBOLL, *SALZBRUNNEN* (in Schlesien)

Niederlage in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.

BAD KISSINGEN.

Hofrat Dr. **Leusser's Sanatorium** „Villa Thea"
für **Magen-, Darm-, Herz-, Nerven- und Stoffwechselkranke.**

April—November.

(47) 10—10. Prospekte durch den Besitzer Hofrat Dr. *Leusser.*

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. **Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.**

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den geschäftsführenden Redakteur Dr. R. Wanach in St. Petersburg, Petersb. Seite, Alexandrowski Pr. 6 zu richten. Sprechst. Dienstag, Donnerstag und Sonnabend 5—6.

№ 34 St. Petersburg, den 23. August (5. September). 1908.

Die Uebertragung der Immunität durch die Milch und das Lactalexin als therapeutisches Mittel.

Von

Prof. Dr. Alexander v. Poehl.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der St. Petersburger Medicinischen Gesellschaft am 26. Febr. 1908.

(Uebersetzung aus dem Russischen).

(Schluss.)

Ein spezielles Interesse bietet der Umstand, dass die tuberkulös degenerierten Lymphdrüsen mit polymorphkernigen, polynukleären Leukocyten durchsetzt waren, wobei das Protoplasma dieser Leukocyten eine bedeutende Eosinophilie zeigte. Wie bekannt, hat bereits v. Leyden [47]) den Zusammenhang zwischen eosinophilen Granulationen und den Charcot-Leydenschen Krystallen, also dem Sperminphosphat nachgewiesen. Diese eosinophilen Zellen sind die Träger des Spermins, welches offenbar, vom teleologischen Standpunkt aus betrachtet, zum Krankheitsherd geführt wird. Neuerdings weist auch von Neusser [48]) auf den Zusammenhang, der zwischen den eosinophilen Zellen und den Charcot-Leyden'schen Krystallen besteht, hin.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Spermin- und Lactalexininjektionen einen günstigen Einfluss auf den Tuberkuloseprozess gehabt haben. Das Ausbleiben der Tuberkulinreaktion unter erwähnten Verhältnissen ist wahrscheinlich auf eine Zerstörung des Toxins zurückzuführen und offenbar haben die Injectionen ausserdem auch eine günstige Einwirkung auf den Vorgang, welcher die bindegewebige Einkapselung der tuberkulösen Herde bedingt, ausgeübt. Jedenfalls muntern diese Resultate zu weiteren Versuchen über die Wirkung des Lactalexins bei tuberkulösen Erkrankungen auf.

6.

Therapeutische Wirkung des Lactalexins bei Rhachitis.

Der leitende Gedanke bei weiteren Tierversuchen mit Lactalexin war folgender: Die Tierversuche und Erfahrungen (Prof. Variot) lehren uns, dass das Junge eines Säugetiers rhachitisch wird, wenn es im ersten Kindesalter statt mit Milch mit anderer Nahrung gefüttert wird. Dieses lehrt uns auch die Erfahrung beim Menschen. Dieser Umstand lässt a priori vermuten, dass bei der Rhachitis das Entziehen der Milchschutzkörper eine

[47]) Deutsche Med. Wochenschr. 1891. № 38.

[48]) Prof. Neusser (Wien) sagt in seiner Vorlesung über Gallensteine (Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts, herausgegeben von E. Leyden und Felix Klemperer, Band V, Vorlesung über Gallensteine von E. Neusser, Seite 266): «Naunyn zeigte, dass der Urbrei der Gallensteine aus strukturlosen, welchen Cholesterinklümpchen besteht, die aus dem Epithel der Gallenwege hervorquellen und erst später krystallisieren.

Man wird hierbei unwillkürlich an die Bildung der Charcot-Leyden'schen Krystalle erinnert, welche Krystallisationsprodukte von präformierten eosinophilen Zellen sind. Am meisten wird diese Tatsache dadurch bewiesen, dass der Inhalt der Pemphigusblasen, der manchmal nur aus eosinophilen Zellen besteht, niedrigen Temperaturen ausgesetzt, einen direkten Uebergang der zerfallenden Zellen in Charcot-Leyden'sche Krystalle erkennen lässt.»

Rolle spielen könnte, daher machte Dr. Nesteroff [49]) die ersten Versuche an rhachitischen Hunden. Das Resultat dieser Versuche war ausserordentlich günstig.

Prof. Gundobin liess Versuche in der Kinderklinik der Kaiserl. Milit.-Medicinischen Akademie anstellen und kam gleichfalls zu Resultaten, die darauf hinwiesen, dass ein günstiger therapeutischer Effekt durch Lactalexin bei Rhachitis ausser allem Zweifel liegt. Nachstehend führe ich einige Notizen an aus den klinischen Beobachtungen, welche Dr. Schischmareff in der Klinik von Prof. v. Gundobin anstellte:

1. Beobachtung. 18. Oktober 1907.

J. D., 9 Monate alt.

Kam als ausgetragenes Kind zur Welt: die ersten 3 Monate entwickelte es sich regelrecht und war ein kräftiges Kind. 6 Monate alt wurde es von heftigen Durchfällen befallen, die das Kind stark schwächten: es hörte auf zu sitzen, zog liegende Lage vor, wurde äusserst unruhig, eigensinnig, und ausserdem bemerkte die Mutter, dass das Kind schwer zu atmen begann. Die Untersuchung ergab typische Rhachitisanzeichen: nicht ein Zahn im Munde, die Fontanellen ungeschlossen, stark entwickelte Verknöcherungspunkte am Scheitel- und Stirnteil, rosenkranzartige Rippen, die Gestalt des Brustkorbes an den Seiten zusammengedrückt und nach vorn ausgereckt, verdickte Epiphysen der röhrenförmigen Knochen, ein grosser, aufgedunsener Bauch und geringer Haarausfall am Hinterhaupt.

Körpergewicht — 6250,0. 1. Fläschchen Lactalexin verordnet, zu 3 Theelöffeln pro Tag.

25. Oktober. Das Kind wurde wieder in die Klinik gebracht, wobei die Mutter erklärte, dass in den letzten 3 Tagen sich bei ihm heftiger Durchfall eingestellt habe, der vorher aufgehört hatte.

Körpergewicht — 6100,0. 2. Fläschchen Lactalexin.

3. November. Durchfall vergangen. Nach Aussagen der Mutter ist das Kind heiterer geworden, schreit weniger und schläft ruhiger.

Körpergewicht — 6250,0. 3. Fl. Lactalexin.

11. November. Das Kind ist voller geworden, sieht fröhlicher aus. Die Mutter spricht von besserem Schlaf und vermindertem Kopfschwitzen, was sie bis zu dieser Zeit beständig beobachtet hatte.

Das Gewicht des Körpers 6400.

Danach wurde das Kind nicht mehr vorgeführt.

Im Ganzen hat es 3 Fl. Lactalexin eingenommen.

2. Beobachtung. 18. Oktober. 1907.

E. A. 1 Jahr 8 Monat.

Ein Kind mit stark ausgeprägten Rhachitisanzeichen: bedeutende Entwickelung der Verknöcherungspunkte an Scheitel und Stirn, Schädelform nach vorn gereckt, Verdickungen an den Rippen am Uebergangspunkte des Knochens in den Knorpel, seitwärts stark zusammengedrückter und nach vorn hin ausgereckter Brustkorb, Erweiterungen an den Epiphysen der langen Extremitätenknochen, genu varum, stark aufgeblähter Bauch. Ausserdem wurde beim Kranken an allgemeinen Nervenerscheinungen beobachtet: Schweisssucht, besonders am Kopf, laryngospasmische Anfälle, erschwerte und beschleunigte Atmung, starke Reizbarkeit, unruhiger Schlaf. Zähne 12 an der Zahl. Beim Versuch, das Kind auf die Beine zu stellen, werden diese sofort eingezogen. Es wurde Lactalexin (4 Theelöffel pro Tag) verordnet.

Gewicht des Körpers 7800.

28. Oktober. Gewicht des Körpers 7750. Es hatte im Laufe zweier Tage Durchfall gehabt.

29. Oktober. Befinden des Kranken gebessert. Er ist ruhiger geworden, schläft besser. Atmung wie früher erschwert. Schwitzt weniger. Gewicht des Körpers—7950.

8. November. Der Appetit des Knaben ist bedeutend gebessert, ebenso sein Allgemeinbefinden. Anfälle von Laryngospasmus hatten sich in den letzten 10 Tagen nicht eingestellt. Kein Schwitzen am Kopfe. Gewicht des Körpers—8150.

12. November. Allgemeinbefinden bedeutend gebessert. Das Kind steht selbständig auf den Beinen, hält sich am Bettgitter und geht sogar so im Bett herum. Die Dyspnoe ist immer noch stark, keine Anfälle von Laryngospasmus mehr. Derart gebessert verliess der Kranke auf Bestehen der Eltern hin die Klinik.

Das Gewicht des Körpers—8200.

Im Ganzen hat er 5 Fläschchen Lactalexin erhalten.

3. Beobachtung. 19. Oktober 1907.

S. S. 1 Jahr und 1 Monat alt.

Das Kind, kräftig und gesund geboren, entwickelte sich normal in den ersten 6 Monaten, begann sogar schon sich auf die Beine zu stellen. Im 8. Monat begann die Mutter, zu beobachten, dass das Kind stark abzumagern anfing, bleich und sehr reizbar wurde. Ausserdem merkte die Mutter noch, dass beim Kinde im Schlaf der Kopf stark schwitzte und dass es oft nachts gleichsam vom Schreck grundlos aufwachte. Beim Untersuchen ergaben sich ausgeprägte Rhachitisanzeichen: Ausbildung der Stirn- und Scheitelhöcker am Schädel, rosenkranzartige Rippen, Epiphysenverdickungen an den langen Knochen, leichte Röhrenknochenkrümmungen der Beine, Haarausfall am Hinterkopf. Beim Versuch, das Kind auf die Beine zu stellen, werden diese sofort eingezogen, wobei das Kind schreit. Erschwerte Atmung. Durchfall. Verordnung — Lactalexin zu 4 Theelöffeln pro Tag. Körpergewicht—7500.

25. Oktober. Allgemeinbefinden gebessert. Durchfall vergangen. Körpergewicht —7500.

31. Oktober. Besserung direkt auffällig; das Kind ist munterer, sucht selbständig zu kriechen: der Schlaf — nach Aussagen der Mutter — ist ruhig geworden; kein Durchfall mehr. Körpergewicht 7700.

10. November. Das Kind ist bedeutend gesunder und fröhlicher geworden. Nach Aussagen der Mutter schläft es gut und der Kopfschwitzt nicht. Versucht selbst zu stehn. Appetit gleichfalls gebessert. Körpergewicht—8000.

17. November. Leichte Dyspepsie, die die Mutter veranlasste, das Kind zu zeigen. Gesamtbild und Zustand gut. Körpergewicht—8300.

27. November. Das Kind ist sehr ruhig, isst gut und schläft gut, kriecht energischer als anfänglich; stellt sich selbständig auf die Beine. Körpergewicht—8500.

Im Ganzen wurden 5 Fl. Lactalexin eingenommen.

4. Beobachtung. 28. Oktober 1907.

N. G. 1 Jahr und 3 Monate alt.

Von Geburt an zeichnete sich das Kind durch schwächlichen Zustand aus. Es wurde künstlich ernährt. Die Zähne begannen erst nach einem Jahr hervorzutreten; es litt oft an Durchfällen. Beim Untersuchen war das Kind sehr bleich, schlecht genährt. Das Knochensystem wies einige rhachitische Veränderungen auf: stark entwickelte Scheitelhöcker, zwischen denen der Schädel sattelartig eingedrückt, rosenkranzartige Rippen- und Epiphysenverdickungen an den Knochen der oberen und unteren Extremitäten. Ausserdem wurde bemerkt: ein starker Haarausfall am Hinterkopf und erschwertes Atmungsvermögen. Nach Aussagen der Mutter zeichnet sich das Kind durch Reizbarkeit aus, zuckt oft im Schlaf zusammen und erwacht dabei, die Atembewegungen werden im Schlaf noch erschwerter und das Köpfchen schwitzt stark. Es wurden 4 Theelöffel Lactalexin pro Tag verordnet.

Das Gewicht des Körpers betrug 7100.

1. November. In den Lungen lassen sich vereinzelte grobe Rasselgeräusche auskultieren; der Husten ist unbedeutend. Das Allgemeinbefinden trotz des Hustens gebessert. Das Gewicht des Körpers—7400.

10. November. Die Mutter sagt aus, dass das Kind besser zu schlafen begonnen hat und überhaupt weniger eigensinnig geworden ist. Kein Durchfall. Der Husten hält noch an. Das Gewicht des Körpers—7500.

24. November. Im Allgemeinen einige Besserung, hauptsächlich in Hinsicht der nervösen Erscheinungen: die Neigung zum Schwitzen geringer, der Schlaf besser. Das Gewicht des Körpers—7600.

Das Kind wurde weiter nicht vorgeführt. Im ganzen wurden 4 Fl. Lactalexin verabfolgt.

5. Beobachtung. 24. Oktober 1907.

I. R. 10 Monate alt.

Ein äusserst schwach genährtes Kind mit scharf ausgeprägten rhachitischen Knochenveränderungen am Schädel, den oberen und unteren Extremitäten und an den Rippen. Die Fontanelle ungeschlossen, kein Zahn im Munde. Stellt sich nicht auf die Beine und sitzt selbst mit Mühe. Nach Angabe der Eltern schwitzt beim Kinde das Köpfchen stark. Nachts schreit das Kind oft auf und erwacht dann, am Tage aber weint es viel. Der Bauch ist sehr gross und aufgeblasen. Der Appetit schlecht. Durchfall. Verordnung — 3 Theelöffel Lactalexin.

Das Gewicht des Körpers 6100.

1. November. Kein Durchfall. Der Appetit laut Aussagen der Mutter ein wenig gebessert. Eine Besserung war im übrigen Krankheitsbild nicht zu sehn.

Das Gewicht des Körpers—6200.

9. November. Das Kind ist ruhiger als früher und schläft besser. Der Appetit durchaus gehoben. Das Gewicht des Körpers—6400.

---

[49]) Sitzungsbericht des russischen St. Petersburger Medic. Vereins vom 26. Februar 1908.



20. November. Die Mutter konstatierte, dass der Kopf im Schlaf weniger zu schwitzen beginnt. Der Knabe schläft bedeutend besser und ist weniger eigensinnig. Kein Durchfall. Kann nicht stehn. Das Gewicht des Körpers—6500.
Im ganzen erhielt er 4 Fl. Lactalexin.

6. Beobachtung. 2. November. 1907.

I. P. 3-jährig.

Ein äusserst bleiches, mittelmässig genährtes Kind, mit starken rhachitischen Knochenaffektionen. Genu valgum. Laut Aussagen der Mutter war das Kind stets schwächlich und entwickelte sich schlecht: Das Zahnen begann erst mit einem Jahr und augenblicklich sind es im ganzen zwölf Zähne, von denen die Hälfte faul ist. Auf den Beinen stehn kann der Kranke nur mit Mühe, gehen jedoch garnicht. Im Schlaf zeigt der Kopf ziemlich starke Neigung zum Schwitzen. Es wurden ihm 4—5 Theelöffel Lactalexin pro Tag verschrieben.

Der Körper wog 10100.

9. November. Gutes Wohlbefinden, Appetit gleichfalls. Der Knabe ist sehr ruhig, richtet sich, dazu, aufgefordert, sofort selbständig auf und hält sich so auf den Beinen einige Zeit. Der Körper wog 10200.

14. November. Weitere Beobachtungen konnten nicht gemacht werden, da das Kind unter gebessertem Befinden und bei einem Körpergewicht von 10400 die Klinik verliess.

7. Beobachtung. 10. November 1907.

H. S. 1 Jahr 4 Monate alt.

Ein mittelmässig genährtes Mädchen mit regelmässigem Körperbau. Von Seiten des Knochensystems waren zu bemerken leichte Verdickungen und undeutlich ausgeprägte rosenkranzartige Verhärtungen an den Rippen. Nach Aussagen der Mutter isst das Kind schlecht, schläft schlecht und ist sehr eigensinnig. Der Kopf zeigt starke Neigung zum Schwitzen, was jedoch in der letzten Zeit etwas nachgelassen hat. Das Mädchen geht selbständig. Die ersten Zähne kamen mit 10 Monaten zum Ausbruch, augenblicklich hat es 8 Zähne. Ihm wurde Lactalexin 4—5 Theelöffel täglich verordnet.

Das Gewicht des Körpers war 9000.

19. November. Appetit gut. Leichte Verstopfung. Das Mädchen ist ziemlich munter und bewegt sich viel.
Das Gewicht des Körpers—9000.

30. November. Das Schwitzen am Kopf ist verschwunden. Es isst besser, der Schlaf ist ruhiger geworden; es ist noch eigensinnig, jedoch weniger, als früher.
Das Gewicht des Körpers—9020.

10. Dezember. Das Mädchen ist munter und sieht gesund aus. Es schläft gut und ist tagsüber nur wenig eigensinnig. Kein Durchfall.
Das Gewicht des Körpers—9200.
Im ganzen hat es 4 Fl. Lactalexin erhalten.

8. Beobachtung. 7. Dezember 1907.

I. S. 1 Jahr und 8 Monate alt.

Von Geburt an ein sehr schwächliches, künstlich ernährtes Kind, das oft an Durchfällen litt. Die Untersuchung ergab Epiphysenverdickungen an den langen Knochen, genua valga, rosenkranzartig afficierte Rippen, offene Fontanellen. Stellt sich nicht auf die Beine und zieht diese sofort ein, sobald man versucht, es hinzustellen. Atmung erschwert, Schwitzen des Kopfes, leichte Erregbarkeit, die bisweilen an Boshaftigkeit grenzt. Der Harn ist trübe, mit sehr starkem unangenehmen Ammoniakgeruch. Laut Aussagen der Mutter schläft das Kind sehr unruhig, isst schlecht und leidet oft an Durchfall. Verordnung—5 Theelöffel Lactalexin täglich.

Der Körper wog 8800.

16. Dez. Dem Anschein nach hat das Kind sich nicht erholt, obgleich die Mutter von gebessertem Appetit spricht. Es ist sehr eigensinnig, kann wie früher, nicht auf den Füssen stehn. Sein Körper wog 8900.

28. Dezember. Der Harn hat den widerlichen Geruch verloren. Das Kind ist ruhiger geworden, reicht selbst die Hand, was es früher nicht tat. Der Schlaf ist, wie die Mutter behauptet, besser geworden und das Schwitzen am Kopf geringer, d. h. beim Schlafen am Tage schwitzt der Kopf nicht sondern nur nachts.

Das Körpergewicht war 8950.

10. Januar 1908. Das Schwitzen hat ganz nachgelassen, das Kind sucht selbständig herumzukriechen, stellt sich sogar auf die Beine, kann aber noch nicht stehn. Appetit und Schlaf gebessert, weniger Eigensinn, der Harn geruchlos.
Das Körpergewicht—9150.

17. Januar. Leichter Durchfall, das Allgemeinbefinden aber gut.
Das Körpergewicht—9200.
Hat im ganzen 5 Fl. Lactalexin erhalten.

9. Beobachtung. 10. Dezember 1907.

J. S. 1 Jahr 3 Monate alt.

Ein sehr schwach genährter Knabe, bleichsüchtig mit deutlich markierten Rhachitisanzeichen: an den Seiten zusammengepresster und nach vorn hin vorragender Brustkorb, gekrümmte und an den Enden verdickte lange Extremitätenknochen, offene Fontanellen. Zähne — im ganzen 6 am oberen und unteren Gaumen. Stellt sich nicht auf, geht nicht. Schwitzt, laut Angabe der Mutter, im Schlaf in starker Weise, schläft gut, ist sehr eigensinnig, atmet stets schwer und kommt bisweilen nachts nicht zu Luft. Der Bauch ist gross, stark aufgebläht. Leichter Durchfall. — Verordnung: 4 Theelöffel Lactalexin.
Das Gewicht des Körpers—7500.

20. Dezember. Das Kind weint wie früher viel und schreit stark, sobald seine Lage geändert wird, d. h. dann, wenn seine Seiten berührt werden. Kein Durchfall. Appetit nach Aussage der Mutter gebessert.
Das Gewicht des Körpers—7500.

29. Dezember. Vom Tage der ersten Visite an keine nächtlichen Anfälle von Atemnot mehr. Appetit, laut Worten der Mutter, durchaus gebessert. Sehr eigensinnig. Neigung zum Schweiss gleichsam geringer.
Das Gewicht des Körpers—7600.

9. Januar. Allgemeinzustand des Kranken gebessert, Erregbarkeit geringer. Patient machte häufiger Anstalten sich auf die Beine zu stellen, kann immer noch nicht gehen.

Nächtlicher Schweiss seltener. Appetit gut.

Das Gewicht des Körpers—7700.

20. Januar. Wohlbefinden, Aussehen und Appetit gut. Das Kind ist bedeutend ruhiger geworden. Kein Durchfall.
Körpergewicht—7800.
Im ganzen 5 Fl. Lactalexin eingenommen.

10. Beobachtung. 15. Dezember 1907.

N. P. 2 Jahre 6 Monate alt.

Ein sehr schwächliches Kind, sowohl in Hinsicht der Allgemeinernährung, als auch in besonderem des Knochen- und Muskelsystems. Schlaffe, schwach entwickelte Muskeln. Deutlich rhachitische Knochen: besonders bemerkenswert sind die dünnen, verkrüppelten Beine des Knaben, auf denen er nicht stehn kann. Der Bauch ist sehr gross, doch nicht aufgebläht. Zähne — alle da, doch viele von ihnen kariös. Die Mutter hatte das Kind hauptsächlich deshalb gebracht, weil es schlecht ass und nicht gehen konnte. Es wurden 5 Theelöffel Lactalexin verordnet.

Der Körper wog 9700.

30. Dezember. Das Kind sieht im Verhältnis zu früher nicht so schlaff aus. Schwäche in den Beinen, wie früher. Appetit laut Aussagen der Mutter gebessert.
Schwere Atmung. Der Knabe ist sehr eigensinnig.

Der Körper wog 9700.

7. Januar 1908. Appetit gebessert, dank welchem, wie die Mutter aussagt, das Kind munterer und beweglicher geworden ist; es kriecht selbständig umher und versucht sogar dazwischen sich aufzurichten, kann es aber nicht.

Der Körper wog 9900.

20. Januar. Die Mutter erschien ohne Kind, sagt aber aus, dass sein Zustand sich bedeutend gebessert habe und dass der Knabe stehen, ja sogar gehen könne. Nach diesem habe ich den Knaben nicht mehr gesehn.

Im ganzen erhielt er 3 Fl. Lactalexin.

11. Beobachtung. 3. Januar 1908.

E. J. 11 Monate alt.

Ein von Geburt an, nach Worten der Mutter, äusserst schwächliches Mädchen, das z. B. bis jetzt noch keinen Zahn im Munde hat und oft an Durchfällen leidet. Die Mutter bemerkt, dass das Kind stark schreit, «sich nicht an den Seiten anrühren lässt» (Worte der Mutter), stark schwitzt, nachts so gut wie garnicht schläft und mit Gier grosse Mengen Wasser zu sich nimmt. Bei der Untersuchung des Kindes wurden schwache Ernährung und scharf ausgeprägte, jedoch noch frische rhachitische Veränderungen am Knochensystem konstatiert. Die Lymphdrüsen waren ein wenig geschwollen. Der Bauch gross und sehr gespannt. Das Kind stellt sich nicht auf die Beine. — Verordnung: 4 Theelöffel Lactalexin.
Körpergewicht—8000.

11. Januar. Der bei der ersten Visite beobachtete Durchfall hatte nachgelassen. Im übrigen unverändert.
Körpergewicht 8050.

20. Januar. Nachts besserer Schlaf und weniger Schweiss. Reizbarkeit—wie früher. Trinkt scheinbar weniger. Appetit — mangelhaft.
Körpergewicht—8150.

11. Februar. Das Kind ist ruhiger geworden, lässt sich anrühren, was es früher nie zuliess, ohne starkes Geschrei zu erheben. Neigung zum Schwitzen geringer. Atmung erschwert. Körpergewicht 8200.
Im ganzen hat es 3 Fl. Lactalexin erhalten.

12. Beobachtung. 23. Januar 1908.

A. I. 10 Monate alt.

Ein verhältnismässig gut genährtes Kind, jedoch mit ziemlich deutlich ausgeprägten Rhachitisanzeichen. Es wurde von Geburt an künstlich ernährt. Beim Untersuchen fanden wir eine leichte Epiphysenverdickung der langen Knochen, schwach ausgedrückte rosenkranzartige Verdickungen an den Rippen, nicht einen Zahn. Kriechen oder stehn vermag der Junge nicht, beim Versuch, ihn aufzustellen, zieht er die Beine sofort ein. Was die Nervenerscheinungen anbetrifft, so ist das Kind ziemlich ruhig, schläft gut. Es wurden ihm 4 Theelöffel Lactalexin pro Tag verordnet.
Sein Körper wog 6050.

4. Februar. Ausser Lactalexin erhält der Kranke weiter keine pharmakologischen Präparate. Er wird mit Malzsuppe genährt. Sein Befinden ist gut. Das Kind ist munter und schläft gut.
Sein Körpergewicht ist 6300.

7. Februar. Körpergewicht 6400.

14. Februar. Vorzüglicher Appetit, kein Durchfall. In der letzten Zeit hat das Kind begonnen, zweifellos fester zu sitzen und bezeugt auch beim Versuch, diesen oder jenen Gegenstand zu ergreifen, mehr Sicherheit in den Händen. Es stellt sich auf. Nimmt an Gewicht gut zu.
Das Gewicht des Körpers – 6450.
Im ganzen wurden ihm 3 Fl. Lactalexin verabfolgt.

13. Beobachtung. 25. Januar 1908.

A. A. 1 Jahr 9 Monate.

Ein Mädchen von sehr schlechter Ernährung und schwachem Körperbau. Beim Untersuchen fallen die ziemlich stark entwickelten Scheitel-Verknöcherungspunkte und die Hühnerbrust auf; die Rippen weisen dabei am Uebergangspunkte des knöcherigen Teils in den knorpeligen Verdickungen auf, ebensolche Verdickungen waren an den Epiphysen der langen Knochen. Die Wirbelsäule zeigt im Lumbalteile eine leichte Skoliose. Es sind 12 Zähne da. Die grosse Fontanelle ist noch nicht ganz zugewachsen. Der Bauch gross, jedoch nicht sehr gespannt. Auf den Beinen stehn kann das Mädchen nicht. Es schläft gut, ist tagsüber viel eigensinnig. Der Harn hat starken und sehr unangenehmen Ammoniakgeruch. Kein Durchfall. Verordnet wurden 4 Theelöffel Lactalexin.
Der Körper wog 7000.

3. Februar. Das Mädchen ist ruhiger geworden und munterer. Appetit gut, Schlaf ebenso.
Der Körper wog 7400.

11. Februar. Guter Appetit. Das Mädchen ist heiterer Laune, spielt mit Spielsachen, die es früher nicht anrührte. Kein Durchfall. Der Harn hat den früheren widerlichen Ammoniakgeruch verloren. Auf die Beine kann es sich immer noch nicht stellen.
Der Körper wog 7500.

14. Beobachtung. 25. Januar 1908.

S. M. 1 Jahr 2 Monate.

Ein schlecht genährtes, sehr schlaffes Kind mit grossem, aufgedunsenem Bauch und scharf ausgedrückten rhachitischen Erscheinungen am Schädel und den Extremitätenknochen.

Nach Worten der Mutter hat es Neigung zu nächtlichem Kopfschwitzen, leidet an erschwerter Atmung, Appetitlosigkeit und häufigem Durchfall. Es hat 8 Zähne im Munde, die erst im 11. Monat zum Ausbruch kamen. Es kann sich nicht auf den Beinen halten, ist eigensinnig, weint viel. Verordnug 4 Theelöffel Lactalexin.
Der Körper wiegt 7000.

8. Februar. Appetit nach Aussagen der Mutter gebessert, ebenso auch der Stuhlgang, d. h. es ist kein so starker Durchfall mehr. Das Kind ist weniger erregbar.
Sein Körper wiegt 7100.

12. Februar. Das Schwitzen am Kopfe ist im Verhältnis zu früher geringer. Das Kind schläft besser und schreit tags auch weniger. Kein Durchfall, Stuhlgang zweimal im Laufe des Tages und normal. Beim Versuch, den Knaben auf die Beine zu bringen, zieht er sie wie früher sofort ein. Der Appetit ist, laut Worten der Mutter, gebessert.
Der Körper wiegt 7250.
Im ganzen hat er 3 Fl. Lactalexin einbekommen.

15. Beobachtung. 4 Februar 1908.

T. K. 8 jährig.

Das Mädchen kam in die Klinik mit scharf ausgeprägten Symptomen von Chorea minor. Es war mittelmässig genährt, von regelrechtem Körperbau. In Hinsicht der inneren Organe waren gar keine pathologischen Veränderungen festzustellen. Mittelmässiger Appetit, regelrechter 1-maliger Stuhl im Laufe des Tages. Die Zuckungserscheinungen in den Muskeln waren sehr stark ausgeprägt. Es erhielt 2 Esslöffel Lactalexin täglich.
Der Körper wog 17300.

7. Februar. Körpergewicht 17400. Appetit gehoben, im übrigen keine merkbaren Veränderungen.

11. Februar. Appetit durchaus besser. Die Kranke nimmt gern das Lactalexin ein.
Stuhl — regelrecht. Die Zuckungserscheinungen in den Muskeln haben ein wenig nachgelassen. Allgemeinbefinden gut.
Die Beobachtung wird fortgesetzt.
Der Körper wiegt 17600.
Im ganzen hat sie 2 Fl. Lactalexin eingenommen.

In erster Linie machte sich die Lactalexinwirkung bei rhachitischen Kindern in der Weise bemerkbar, dass die nervösen Symptome schwanden, wie z. B. Glottiskrampf, Kopfschweiss etc. Kobert spricht sich in dem Sinne aus, dass die Anwensenheit von Toxinen im Blut Schweissausbrüche veranlassen können. Es ist also möglich, dass eine Zerstörung der Toxine durch Lactalexin infolge Erhöhung der Gewebsatmung erfolgt und dadurch der Schweissausbruch unterbleibt.

Wir wissen aus den Beobachtungen von Armand Gautier, dass bei herabgesetzter Gewebsatmung, als Folge herabgesetzter Oxydationsvorgänge organische Säuren, wesentlich Milchsäure auftreten. Die Fähigkeit des Lactalexins, die Oxydationsvorgänge zu erhöhen, würde die günstige Beeinflussung bei Rhachitis hinlänglich erklären. Obwohl man nicht selten die Rhachitis bei anscheinend wohlgenährten Kindern antrifft, so unterliegt es keinem Zweifel, dass eine in gewisser Hinsicht mangelhafte Nahrung bei dieser Krankheit eine grosse Rolle spielt. Ich habe bereits erwähnt, dass wir im Lactalexin unter den Begleitkörpern des Milch-Spermins Substanzen haben, die dem Euterin sehr ähnlich sind. Diese Körper, die gleich der Enterokynase katalytisch die Funktion des Pankreas in positivem Sinne beeinflussen, müssen gewiss eine wichtige Rolle bei der Ernährung des Kindes spielen.

Hougardy[50]) hat das Vorhandensein einer Kynase, welche das Pankreas aktiviert, in der Kuhmilch schon früher nachgewiesen.

Das Fehlen des amylolytischen Ferments in der Kuhmilch und die Anwesenheit desselben in der Frauenmilch und im Lactalexin spricht zu Gunsten der Verwendung des Lactalexins bei künstlicher Ernährung der Kinder.

Alles, was wir angeführt haben, spricht zu Gunsten der Fähigkeit des Lactalexins, die natürliche Resistenz, beziehungsweise die Widerstandsfähigkeit des Organismus zu erhöhen.

Ob dem Lactalexin ein Einfluss auf die Bildung von Antikörpern zukommt, muss die Erfahrung lehren. Wir haben bereits erwähnt, dass dem Milch-Spermin die Fähigkeit zukommt, bei der katalytischen Beeinflussung der Oxydationsvorgänge die Entwickelung elektrischer Energie zu bedingen.

Nun hat G. Smirnoff[51]) bereits darauf hingewiesen, dass die elektrische Energie Veranlassung zur Bildung von Antikörpern giebt: es wäre also die günstige Wirkung des Lactalexins auch in dieser Hinsicht erklärlich.

Aus allem Obenerwähnten ersehen wir, dass die Milchschutzkörper, resp. das Lactalexin in ungemein vielseitiger Art und Weise auf die Immunisierung des Organismus einwirken.

---

[50]) Hougardy. Chem. Zentr. 1907. I. Teil. p. 1444.

[51]) Smirnoff. Berl. klin. Wochenschr. 1896. Nr. 27; J. d. Th. Chemie. 1896. p. 989.

Die Beobachtungen des praktischen Arztes müssen nun feststellen, inwieweit die Theorie mit der Praxis sich deckt, doch nur desjenigen Arztes, der mit Sachkenntnis an die Beobachtungen geht und nicht mit einer unbegründeten aber wohlgefälligen Skepsis. Es gilt hier die Lösung wichtiger biologischer Fragen. Wir wären seit den Arbeiten von Ehrlich in den 15 Jahren weiter gekommen, wenn man den neuen Anschauungen mehr Sachkenntnis und weniger Skepsis entgegengebracht hätte.

Aus Allem ersehen wir, dass bereits 1892 die Untersuchungen von Ehrlich, Brieger, Wassermann, Popoff, Wlaeff, Kraus und Behring ergeben haben, dass in der Milch Körper vorhanden sind, vermittelst derer die Mutter die Immunität dem Kinde übergiebt. Ich habe bereits 1892 in der Milch das Spermin nachgewiesen, und weitere Untersuchungen ergaben, dass durch Hervorrufen von Hyperleukocytose, resp. Injektionen von Sperminum-Poehl bei Tieren der Spermingehalt der Milch wesentlich erhöht werden kann. Neben dem Spermin sind in der Milch Begleitkörper vorhanden, welche mit dem Spermin gemeinsam immunisierende Eigenschaften aufweisen. Mit den Begleitkörpern des Spermins ist in der Milch Thymin (Kossel und Neumann) und Thyreoidin (Lorand) gefunden worden; ausserdem hat Poehl die Nukleinsäure der Brustdrüse und das Enterin gefunden. Hougardy hat ebenfalls eine Enterokynase gefunden. Die Katalase ist von Bredig und Faitelovitz nachgewiesen.

Das Spermin mit den Begleitkörpern hält sich in Gegenwart von Milchzucker ohne Zersetzung und solch eine Mischung ist unter der Bezeichnung „Lactalexin" zu therapeutischen Zwecken in Vorschlag gebracht.

Das Lactalexin stellt die natürlichen immunisierenden und blutreinigenden Schutzkörper der Milch (Alexine) dar, welche die Widerstandskraft des Organismus gegen Krankheiten, wie Rhachitis, Skrofulose, Nervosität etc. erhöhen. Das Lactalexin-Poehl wird aus der Milch von Kühen gewonnen, bei denen durch Injektionen von Sperminum-Poehl Hyperleukocytose hervorgerufen und dadurch eine Steigerung des Gehalts an immunisierenden und blutreinigenden Milch-Schutzkörpern erzielt wird. Die Quantität des Lactalexins in den im Handel vorhandenen Flaschen à 40 resp. 80 Gramm entspricht dem Gehalt an Schutzkörpern von circa 25 resp. 50 Litern Milch.

Versuche, an Tieren von Dr. Nesteroff beweisen, dass das Lactalexin in relativ geringer Menge einen günstigen Einfluss auf Rhachitis ausübt. Versuche mit Spermin und den Begleitkörpern ergaben, dass tuberkulöse Kühe bei andauernder Behandlung (subkutan) die Temperatur-Tuberkulinreaktion und die Ophtalmoreaktionen zu geben aufhören, offenbar infolge einer Zerstörung der Tuberkulose-Toxine.

Versuche, ausgeführt von Prof. Lunin, welcher bei Kindern, die Scharlach und Diphtherie durchgemacht hatten, Lactalexin (2 mal täglich, zu einem Theelöffel) anwandte, ergaben einen günstigen tonisierenden Effekt. Prof. Gundobin stellte mit Dr. Schischmareff eine Reihe von Versuchen bei rhachitischen Kindern an, wobei nicht nur die nervösen Erscheinungen schnell schwanden, sondern auch die weiteren rhachitischen Symptome günstig beeinflusst wurden.

Die Wirkung des Lactalexins findet seine Erklärung durch:

1) Zerstörung, resp. Oxydation der organischen Säuren (Milchsäure etc.), im Blute, welche die Acidosis bedingen.

2) Erhöhung der Blutalkalescenz.

3) Regulierung der osmotischen Spannung mit Erleichterung der Herz- und Nierentätigkeit.

4) Verhinderung der Entwickelung pathogener anaerober Mikroorganismen.

5) Zerstörung von Toxinen.

6) Bildung von Antikörpern. Die Bildung der Antikörper bei specifischer Immunisierung ist ein selbständiger Faktor, der scheinbar ausserhalb des Bereichs der Lactalexinwirkung liegt. Es kann in dieser Hinsicht das Lactalexin nur durch die erzeugte elektrische Energie indirekt wirken.

7) Begünstigung der gutartigen Leukocytose, resp. der Phagocytose.

8) Begünstigung der Verdauungsleukocytose.

9) Kynase-Wirkung resp. positiv katalytische Beeinflussung der Verdauungsvorgänge.

10) Günstige Einwirkung auf das Nervensystem.

Prof. Fürst Tarchanoff[52]) hebt hervor, dass die mannigfaltigen Faktore des Lactalexins zwar in verschiedener Weise wirken, aber doch alle ein gemeinsames Ziel haben, nämlich die Widerstandskraft des Organismus zu erhöhen, damit er im Kampf mit schädlichen Einflüssen nicht unterliege. Ueberhaupt liegt es, vom rein teleologischen Standpunkt aus betrachtet, viel näher, diese Schutzkörper in der Milch als im Blute zu suchen. Schliesslich behauptet Prof. Fürst Tarchanoff, dass die therapeutische Verwendung der Schutzkörper, die offenbar in der Milch vorhanden sind und uns im Lactalexin geboten werden, eine neue und gewiss glückliche Aera in der Medizin eröffnet.

Ueber die spezifische Behandlung der Lungentuberkulose mit Kochschem Alt-Tuberkulin.

Von

Dr. A. Pangratz.

(Schluss.)

Die therapeutische Wirkung des Tuberkulins soll nur eine aktiv-immunisatorische sein; sie beruht auf einer allmählichen durch Einverleibung langsam gesteigerter Tuberkulindosen erzielten Unempfindlichmachung des Organismus gegen das Tuberkelgift. Das Tuberkulin schafft eine Giftimmunität, keine bakterielle Immunität. Vom Alttuberkulin hat Koch ausdrücklich erklärt, dass die Tuberkulinimmunisierung auf die Tuberkelbacillen selbst keinen Einfluss habe, dass es sich hierbei um eine reine Giftimmunität handle.

Die neuen Tuberkulinpräparate (Maragliano, Marmorek) sollen eine bakterielle Immunität gewähren; sie beruhen auf der passiven Immunisierung. Die Frage ist noch nicht entschieden, und es bleibt der Zukunft vorbehalten, zu zeigen, inwieweit sich diese für die Heilung der Tuberkulose wird verwerten lassen.

Vom Alttuberkulin, vom Tuberkulin Denys, Beraneck u. a. ist es aber klar bewiesen, dass sie die Fähigkeit des Organismus, Antikörper gegen das Tuberkelgift zu erzeugen, in hohem Grade zu steigern vermögen; dass diese Steigerung ohne jede heftige Reaktion erfolgen soll, ist Grundbedingung bei der modernen Tuberkulinkur.

Die Tuberkulinwirkungen im einzelnen zeigen sich darin, dass Husten und Auswurf nach anfänglicher

---

[52]) Fürst Tarchanoff. Sitzungsbericht d. St. Petersb. Med. Ges. v. 26. Febr. 1908.

Vermehrung abnehmen, dass der Bacillengehalt des Auswurfs aufhört, dass die Lungenerscheinungen sich zurückbilden, das Allgemeinbefinden sich hebt, die Blutbeschaffenheit sich bessert und das Körpergewicht zunimmt.

Die wichtigsten Beobachtungen über die Tuberkulinwirkung hat Arneth gemacht durch seine Untersuchung über das Verhalten der weissen Blutkörperchen. (Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infektionskrankheiten. Jena 1904). An Kranken, die mit Koch schem Tuberkulin behandelt wurden, zeigte sich jedes Mal zunächst ein schnelles Ansteigen der Leukocytenzahl und eine schwere Blutschädigung, erkennbar an der „Verschiebung des neutrophilen Blutbildes nach links". Diese Veränderungen gleichen sich aber in den Pausen zwischen den einzelnen Injectionen wieder aus, und in günstig verlaufenden Fällen zeigte sich eine langsam zunehmende Besserung des Blutbildes, das sich am Ende der Tuberkulinkur von dem eines Gesunden nicht mehr unterschied.

Die Arnethschen Blutbefunde stehen aber auch mit den Ergebnissen der histologischen Untersuchung völlig im Einklang; schon Schimmelbusch und Kronmeyer hatten in ihren ersten mikroskopischen Arbeiten über die Tuberkulinwirkung beim Lupus der Haut (Deutsche med. Wochenschrift, 1891) eine starke Leukocyteninvasion in der Umgebung der erkrankten Stellen beobachtet. Aehnliche Vorgänge spielen sich wahrscheinlich auch in dem tuberkulös erkrankten Lungengewebe ab, wie ich das bereits an einer anderen Stelle zu zeigen versucht habe.

Ich komme nun zu der Auswahl der zur Tuberkulinkur geeigneten Fälle, zu den Indikationen und Kontraindikationen.

Das eigentliche Gebiet für die Tuberkulinbehandlung bilden — wie das übrigens schon Koch selbst proklamiert hatte — die Initialfälle von Lungentuberkulose. Je früher man den Kranken in Behandlung bekommt, um so sicherer kann man ihn der Heilung zuführen. Es wird also zuerst der Lungenbefund zu berücksichtigen sein und ganz zweckmässig ist es, sich im Wesentlichen an das Turbansche Schema zu halten. Darnach gehören zum I. Stadium alle die Fälle, wo ein sicherer physikalischer Befund nicht zu erheben ist, wo aber subjektive Beschwerden vorhanden sind. Bacillen sind hier meist nicht nachzuweisen, daher muss die probatorische Tuberkulininjection zur Sicherung der Diagnose in allen diesen Fällen in Anwendung kommen. Ferner ziehe ich in das I. Stadium solche Fälle hinein, wo ein in den Lungenspitzen lokalisierter physikalischer Befund zu konstatieren ist.

Zum II. Stadium rechne ich die Fälle, wo ein grösserer Teil eines Oberlappens, oder ein geringerer beider Oberlappen einen sicheren physikal. Befund darbieten.

Dem III. Stadium sind die fortgeschrittenen Phthisen mit räumlich ausgedehnten Prozessen und mit schweren allbemeinen Erkrankungssymptomen zuzuzählen.

Jedoch muss ich gleich betonen, dass für die Auswahl der Fälle zur Tuberkulinkur der Lungenbefund allein niemals massgebend sein darf. Allgemeinbefinden, sowie Körperkonstitution sind als gleichwertige Faktoren mit zu berücksichtigen.

Es kann nicht genug auf die Wichtigkeit der Frühdiagnose der Lungentuberkulose hingewiesen werden. Eine grosse Zahl von Lungentuberkulösen werden im Anfang verkannt und zwar nicht, weil sie undiagnosticierbar sind, sondern weil die Kranken über alles andere klagen, nur nicht über Lungenbeschwerden. Sie werden so jahrelang an Neurasthenie, Magenleiden oder Blutarmut behandelt. Sahli erzählt von Fällen, wo Lungentuberkulöse wegen ihrer Magenbeschwerden gastroenterostomiert oder wegen irradiierender Pleuritisschmerzen einer Extirpation des Wurmfortsatzes unterworfen wurden.

Der Arzt, der über die Häufigkeit der Tuberkulose orientiert ist, der seine Kranken genau untersucht, wird unter Umständen eine Lungentuberkulose viele Jahre vor einem anderen diagnosticieren. Wieviel damit für die Therapie gewonnen ist, muss einem Jeden einleuchten.

Zum Glück nun haben wir zur Sicherung der Diagnose ein absolut sicheres Mittel zur Hand — die probatorische Tuberkulin-Injektion. Mit Ausnahme von Sahli in Bern, der die diagnostische Tuberkulininjektion als völlig unzulässig verwirft, sind alle Tuberkulin-Anhänger darin einig, dass eine probatorische Tuberkulininjektion in bestimmten Fällen gemacht werden kann, ja gemacht werden muss. Das Tuberkulin ist anerkannt das feinste Reagens auf Tuberkulose; schon die kleinsten tuberkulösen Heerde reagieren auf dasselbe.

Wir werden also dort, wo die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden uns im Stich lassen, stets die Tuberkulinprobe vornehmen, und wird unser Verdacht bestätigt, dann werden wir den Kranken einer milden Tuberkulinkur unterziehen. Es empfiehlt sich nach Petruschky, die Probe mit Tuberkulin immer mittelst einer Reihe von Injectionen vorzunehmen, das Ergebnis ist ein viel sichereres und beweiskräftigeres als der Versuch, mit einer einzigen Injection ein Resultat zu erlangen. In der I. Tuberkulin-Aera hat man zu diesem Zweck auch zu hohe Dosen genommen, heute sind alle Autoren darin einig, dass mit einer Dosis von einem Decimilligramm zu beginnen ist und dass die Maximaldosis nicht über 10 mlgr. hinausgehen darf. Tritt bei dieser Dosis keine Reaktion ein, so kann mit Sicherheit das Vorhandensein einer aktiven Tuberkulose ausgeschlossen werden. Personen, welche auf 0,1 mg. schon reagieren, werden der unvorteilhaften Wirkung einer stärkeren Dosis nicht ausgesetzt; so wird also bei dieser vorsichtigen Methode dem Patienten unter keinen Umständen ein Schaden zugefügt. Praktisch ist es, falls die Reaktion eine ganz geringe war, (unter $^1/_2 0^0$) mit derselben Dosis die Prüfung zu wiederholen, wobei man meist die Erfahrung machen wird, dass die Reaktion eine stark ausgeprägte zu sein pflegt. Der Prüfung muss eine mehrtägige genaue Temperaturmessung, womöglich alle 2 Stunden, vorausgehen, damit man eine individuelle Temperaturkurve des zu Prüfenden besitzt. Voraussetzung ist stets völlige Fieberlosigkeit des zu Prüfenden.

Inzwischen sind 2 neue Methoden zur Frühdiagnose der Tuberkulose hinzugekommen, die cutane Impfreaktion von Pirquet und die conjunctivale von Wolf-Eisner oder Calmette. Welche von beiden Reaktionen wichtiger ist, lässt sich zur Zeit nicht sagen. Man kann augenscheinlich die bisher bei suspekten Fällen zur Feststellung der Diagnose angewandte probatorische Injektion durch die cutane Impfung mit 25% Alttuberkulin oder durch die conjunctivale Einträufelung von 1%-ger Alttuberkulinlösung ersetzen, was allerdings für die Kranken von wesentlichem Vorteil ist. Immerhin geben sie weniger zuverlässige Resultate für die Diagnose als eine zweckmässig ausgeführte subcutane Prüfung mit Tuberkulin. Auch muss betont werden, dass die sog. Ophthalmoreaction nicht ganz ungefährlich ist, namentlich bei bestehenden Augenkrankheiten und ganz besondere Vorsicht ist bei scrophulösen Kindern geboten. Die Cutan-Reaktion wird im Kindesalter sehr gut zu verwerten sein.

Während man bei der diagnostischen Anwendung des Tuberkulins eine Reaktion anstrebt, sucht man sie bei

der therapeutischen Anwendung ganz zu vermeiden. Aus diesem Grunde stimmen die meisten Autoren darin überein, dass bestehende Fiebers zum mindesten eine zeitliche Contraindication bedeutet. Man muss zuerst versuchen die fiebernden Kranken durch Bettruhe und Einpackungen zu entfiebern. Gelingt das nicht, so sind sie zur Tuberkulinkur nicht geeignet. Einige Aerzte, wie Spengler, Röpke, Kremser u. a. schliessen die Fiebernden nicht ganz von der Behandlung aus, sondern wenden bei solchen Kranken das Neu-Tuberkulin Kochs an.

Weitere Gegenanzeigen der Tuberkulin-Behandlung sind Herzkrankheiten, Diabetes, Nierenkrankheiten und Nervenkrankheiten.

Gänzlich aussichtslos ist die Tuberkulinbehandlung bei der Miliartuberkulose, auf deren rechtzeitige Erkennung besonderer Wert zu legen ist.

Bei Kehlkopf-, Darm- und Gehirntuberkulose ist die äusserste Vorsicht angezeigt. In einer besonderen Arbeit über die Tuberkulinbehandlung der Kehlkopftuberkulose (Brauers Beiträge z. Klinik d. Tuberkulose, Bd. IV. H. I, 1903) betont Röpke die günstige Wirkung des Tuberkulins in all den Fällen, wo die örtliche Behandlung des Kehlkopfes mit den üblichen Mitteln versagt.

Während man früher Neigungen zu Blutungen als Contraindikation betrachtete, haben Spengler, Thorner, Levy u. a. günstige Erfahrungen gemacht.

Spengler sagt: „Blutungen sind immer die Folge eines geschwürigen, fortschreitenden Processes. Tuberkulin hemmt aber den geschwürigen Fortgang der Tuberkulose. Ich habe die Consequenzen dieser Tatsache gezogen und wende Tuberkulin jetzt bei Blutungen an und zwar mit ausgezeichnetem Erfolge".

Allerdings wird es in der Praxis nicht immer leicht sein bei eingetretener Blutung während der Tuberkulinkur die Zustimmung des Patienten zur Fortführung der Kur zu erlangen, da der Patient nur zu leicht dem Tuberkulin die Schuld geben wird. Wie man sich vor jedem Schematismus in der Medicin in Acht nehmen muss, so auch hier. Das Tuberkulin einfach für alle ersten Stadien, in denen die Tuberkulose womöglich erst noch in den Drüsen steckt, zu empfehlen und in allen Stadien der Gewebszerstörungen zu verwerfen, ist total falsch.

Was die Anwendungsweise des Tuberkulins betrifft, so werden von allen Autoren die ganz kleinen Anfangsdosen bevorzugt. Man beginnt mit 0,0025 milligramm und steigt ganz allmählich an. Die Frage, ob man die Lösungen selbst machen oder sie fertig zum Gebrauch beziehen soll, wird verschieden beantwortet. Mir scheint das letztere für den praktischen Arzt entschieden vorzuziehen zu sein. Die Herstellung schwacher, steriler Tuberkulinlösungen ist für den prakt. Arzt in Anbetracht der enorm starken Verdünnungen keineswegs eine leichte Aufgabe. Verhängnissvolle Irrtümer können leicht vorkommen, eine absolute Asepsis ist schwer durchführbar. Alle diese rein technischen Fragen, die auf den ersten Blick kleinlich und unwichtig erscheinen, sind für eine richtig durchzuführende Tuberkulinbehandlung von ganz besonderer Bedeutung.

Aus diesen Gründen beziehe ich seit Jahren, die von Dr. Holdheim eingeführten und von Apotheker B. Hadra in Berlin in Glasröhren hergestellten, sterilen Lösungen, fertig zu jedesmaligem Gebrauch und bin mit denselben in höchstem Grade zufrieden.

Das Denyssche Tuberkulin (bouillon filtré des bacilles de Koch) wird in Belgien viel angewandt, es kommt in 7 verschiedenen Stärkegraden in den Handel. T III ist die Bezeichnung für das unverdünnte Präparat. Jede folgende Nummer ist zehnfach verdünnt.

Das Prof. Beranecksche Tuberkulin wird in der Schweiz viel angewandt: hier ist jede Lösung doppelt so stark, wie die vorhergehende. Von diesen Lösungen muss man sich selbst die nötigen Verdünnungen herstellen.

Ich wende hauptsächlich das Kochsche Alttuberkulin an und gebrauche die fertigen Hadraschen Lösungen.

Ich pflege bei meinen Patienten wöchentlich 2 Mal die Injectionen vorzunehmen und bevorzuge dazu die Haut des Rückens unterhalb des Schulterblattes. Nach gehöriger Desinfektion der Haut mit Aether und Spiritus wird von der Glasampulle die Spitze abgebrochen, die Lösung in die Record-Spritze aufgesogen und die Injektion gemacht. Ich beginne mit 0,0025 milligr. und steige ganz allmählich bis 100 milligr. im Laufe von 4—5 Monaten an. Niemals wird eine neue Einspritzung vorgenommen, bevor nicht jede Spur einer eventuell eingetretenen Reaktion geschwunden ist. Ich behandle viele meiner Patienten auch ambulatorisch.

Eine Schwierigkeit liegt in den regelmässigen Temperaturmessungen, die die Kranken selbst täglich wenigstens 3—4 Mal vornehmen und die Notizen jedes Mal zur Sprechstunde mitbringen müssen. Eine derartige genaue Kontrolle ist bei einigem guten Willen des Patienten ganz gut durchzuführen. Nach 30 Injektionen mache ich gewöhnlich eine Pause von einem Monat, lasse dann den Patienten zur Controlle kommen, reagiert er hier gar nicht, so wird nach 1 Monat wieder eine Controlle vorgenommen und die letzte nach 3 Monaten.

Die sichersten Kennzeichen einer endgiltigen Heilung sind: dauerndes Verschwinden von vorhanden gewesenen Bacillen im Auswurf, Verlust der Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin, Zunahme des Körpergewichts und gutes Allgemeinbefinden.

Es soll durchaus nicht bestritten werden, dass man bei den Initialstadien der Krankheit auch durch eine langdauernde nicht specifische Behandlung in einer Heilanstalt, womöglich in einem klimatischen Kurort, eine Ausheilung wird erzielen können. Für die grosse Menge aber, die ihrem Broterwerb nachgehen muss, ist ein Aufenthalt in einem Sanatorium oder in einem klimatischen Kurort unerreichbar. Auch sind die Fälle recht häufig, selbst in den besitzenden Klassen, wo die Anwesenheit der Kranken zu Hause dringend notwendig ist. Alle diese werden eine specifische Behandlung zu Hause der Behandlung in einem Sanatorium vorziehen. Und dass das heute möglich ist verdanken wir der modernen, milden Behandlungsweise mit dem Tuberkulin. Immerhin wird die beste Behandlungsweise, eine Verbindung der Anstaltsbehandlung mit der Tuberkulinkur sein, und wir werden daher alle Patienten, deren Kräftezustand nicht ganz befriedigend ist, in ein Sanatorium schicken. Kräftige Patienten aber, die möglichst ohne Erwerbsstörung behandelt zu sein wünschen oder für die Vornahme einer Anstaltskur die Mittel nicht aufbringen können, die fieberlos sind, werden wir ohne Zandern einer ambulatorischen Tuberkulinkur unterziehen.

Es ist eine dankenswerte Aufgabe, dem Tuberkulin nach den gereiften Erfahrungen der letzten Jahre wiederum mehr Eingang in die Therapie zu verschaffen. Der Wert der Tuberkulinbehandlung wird erst dann voll gewürdigt werden können, wenn sie für die Initialfälle der Lungentuberkulose allgemein geübt wird und zum Gemeingut aller Aerzte geworden ist. Sie muss sich aber das verloren gegangene Vertrauen der Aerzte wie der Patienten wieder erobern und das ist viel schwieriger und langwieriger als die Einführung irgend eines neuen Mittels.

Aber auch die weitgehendste Skepsis wird nicht mehr im Stande sein, den neuen Siegeslauf, den das Tuber-

kulin begonnen hat, zu hemmen; das geht mit Sicherheit aus der ganzen neuen Literatur hervor.

Zum Schluss möchte ich die Worte von Prof. Sahli in Bern anführen. Er sagt: „Ich bin der Ueberzeugung, dass gerade eine solche milde Tuberkulinbehandlung durch die Möglichkeit einer prophylaktischen Heranziehung ganz initialer oder sogar blos tuberkuloseverdächtiger Fälle eine sehr grosse Zukunft hat und eine ähnliche segensreiche Rolle zu spielen berufen ist wie die Kuhpockenimpfung in der Bekämpfung der Blattern".

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Sondermann-Dieringhausen: Ueber Technik und Nutzen der Saugbehandlung bei Nasenerkrankungen. („Berliner Klinik". 20. Jahrgang. Heft 238. April 1908. 26 Seiten. Preis: 0,60 M. Berlin W. 35. Fischers Medicin-Buchhandlung H. Kornfeld).

Verf. bedient sich zum Zweck der von ihm zuerst 1906 vorgeschlagenen Saugbehandlung bei Nasenerkrankungen des von ihm konstruierten Saugapparates. Derselbe besteht aus einem Gummisaugball und der mit diesem durch einen Gummischlauch verbundenen, mit einem Pneumatikreifen versehenen Maske. Letztere kann auch durch eine aus Glas hergestellte Olive ersetzt werden, die, wie beim Politzer Verfahren, luftdicht in eine der Nasenöffnungen eingeführt wird. In letzterer Zeit giebt Verf. der Olive hauptsächlich im Interesse der Aseptik den Vorzug. Ball, wie Gummischlauch sind mit je einem Ventil versehen. Durch Auflegen der Maske oder durch Einführen der Olive in die Nasenöffnung wird, wie beim Politzer, der luftdichte Abschluss der Nasenhöhle nach vorn hergestellt. Zugleich muss der Saugball vollständig komprimiert werden. Um nun die Nasenhöhle auch nach hinten, gegen den Rachen hin, abzuschliessen, empfiehlt S., den Patienten ein möglichst reines I laut aussprechen zu lassen, da im Momente des Intonierens sich der weiche Gaumen fest an die hintere Rachenwand anlegt. Lässt man in diesem Moment den Saugball sich entfalten, so entsteht in der Nasen- wie in den Nebenhöhlen ein negativer Luftdruck, und der Saugakt kommt zustande. Sollte es nicht gelingen, durch Intonieren des I den vollständigen Luftabschluss nach hinten herbeizuführen, so schlägt Verf. vor, es mit dem Worte «Kuckuck» zu versuchen; schlägt auch dieses Mittel fehl, so nimmt er seine Zuflucht zum Schluckakt (wie beim Politzer Verfahren), «ein Mittel, das nie versagt.»

Verf. betont ganz besonders die Wichtigkeit einer tadellosen Technik des Saugverfahrens für jeden, der dieselbe anwenden will; «es kommt sonst zu leicht vor», meint er, «dass man sich Misserfolgen gegenüber sieht, die man mehr geneigt ist, Unvollkommenheiten der Methode, als eigener Schuld auf Rechnung zu setzen.»

In allen Fällen, wo Verdacht auf Nebenhöhlenerkrankungen besteht, ist noch die Kopfhaltung des Patienten während des Saugaktes von Bedeutung. Um mit dem grössten Erfolg den event. Inhalt einer Nebenhöhle anzusaugen, muss dem Ostium der betr. Höhle stets diejenige Lage gegeben werden, in der es die tiefste Stelle der Höhle einnimmt. Will man daher z. B. Eiter aus der Stirnhöhle, den vorderen oder hinteren Siebbeinzellen ansaugen, so ist die gerade Kopfhaltung des Pat. erforderlich, während bei Verdacht auf Keilbeinhöhlenerkrankung der Kopf mindestens bis zur Horizontalen nach vornüber gesenkt werden muss. Es ergiebt sich von selbst, dass zum Saugen aus einer der Kieferhöhlen die Beugung des Kopfes je nach der entgegengesetzten Seite, gleichfalls bis zur Horizontalen, notwendig erscheint.

Dem subjektiven Empfinden beim Saugen, das in Kopfschmerzen, Schmerz über den Augen oder in der Stirn, Druckgefühl um den Kopf besteht, misst Verf. keine Bedeutung bei, da dieselben meist unbedeutend seien und nur bei den ersten Versuchen aufzutreten pflegen. Auch Nasenblutungen, die das Saugen mitunter hervorrufen könne, dürften den Arzt höchstens dazu zwingen, das Verfahren auf 1—2 Tage einzustellen.

Nach Ansicht des Verf. hat das Saugverfahren ganz besonderen Wert für die Diagnostik der Erkrankungen der Nase, spez. deren Nebenhöhlen. «Kommt durch Saugen in der vorher gereinigten Nasenhöhle eine grössere Menge Secret zum Vorschein, so ist an einem Nebenhöhlenleiden nicht zu zweifeln.» Allerdings lässt ein negatives Resultat nach einmaligem Saugen eine Nebenhöhlenerkrankung nicht ohne weiteres ausschliessen; in solchen Fällen ist wiederholte Untersuchung angezeigt. Im allgemeinen hat die praktische Erfahrung S. zur Ueberzeugung geführt, dass in allen Fällen, wo ein Nebenhöhlenleiden auf andere Weise sicher diagnosticiert werden kann, der Saugeffekt stets positiv ausfällt, so wie auch andererseits aus dem negativen Ergebnis des Saugens mit Recht auf von Flüssigkeit freie Höhlen geschlossen werden kann. Diese Meinung findet Verf. auch von Guyot bestätigt. Als Hilfsmittel bei der Saugmethode lässt S. event. auch vorherige Cocain- oder Adrenalinpinselung gelten.

Verf. deutet darauf hin, dass mit Hilfe des Nasensaugers die Diagnose eines Nebenhöhlenleidens sich weit häufiger stellen lasse, als es bis jetzt geschehen ist. Bisher bestand ein grosser Unterschied in dem Prozentsatz von Nebenhöhlenempyem an Lebenden und an Leichen; indes ist es Verf. gelungen, mit Hilfe der Saugmethode an tuberkulösen Patienten Prozentsätze von Nebenhöhlenerkrankung nachzuweisen, die den von Wertheim an Leichen Tuberkulöser gefundenen 50 pCt. sehr nahe stehen. Dank der bequemen Anwendung des Saugvermögens konnte S. auch bei Kindern ohne Schwierigkeit Nebenhöhlenkatarrhe nachweisen, und seinen Erfahrungen nach sind solche im Kindesalter eine weit häufigere Erscheinung, als bisher angenommen wurde.

Nicht immer lässt sich mit dem Sauger eine sichere topische Differentialdiagnose einer Nebenhöhlenerkrankung stellen. Hier kommt die Kopfhaltung des Patienten, bei der es gelingt, Eiter auszusaugen, wesentlich zu Hilfe, sowie andererseits die Stelle im Nasenraum, wo man das angesaugte Sekret findet (mittlerer, oberer Nasengang u. s w.), zu beachten ist.

Was den therapeutischen Wert des Saugverfahrens bei Nebenhöhlenerkrankungen betrifft, so schätzt Verf. denselben gleichfalls recht hoch an. «Die reinigende Wirkung», meint er, «verbindet sich hier in glücklicher Weise mit der hyperaemisierenden», und er empfiehlt in jedem Fall von Nebenhöhlenempyem die Saugtherapie sorgfältig anzuwenden, ehe man zu anderen für Arzt wie für Patienten weit mühevolleren, unangenehmeren und zeitraubenderen Eingriffen schreitet, um so mehr, als nachteilige Erfahrungen dabei bisher nicht gemacht seien. Alle Einwürfe, die gegen die Saugtherapie von einigen Autoren gemacht wurden, erweisen sich als rein theoretischer Natur (so z. B. die von Weil vermutete Gefahr der Aspiration von Eiter ins Mittelohr) und kämen bei der praktischen Anwendung der Methode nicht in Betracht.

Des weiteren geht Verf. auf die Resultate der Saugtherapie bei Erkrankungen der Nasenhöhle selbst ein und erwähnt, dass es nach seinen Erfahrungen möglich sei, bei einer Rhinitis catarrhalis acuta durch häufig wiederholtes Saugen gleich im Beginn der Erkrankung den vollen Ausbruch derselben zu verhindern. Später sei «durch Saugen wohl eine Linderung der Beschwerden aber keine deutliche Abkürzung des cyklischen Ablaufs der Erkrankung zu erzielen». Von Bedeutung sei aber die Saugmethode auch hier «als Vorbeugungsmittel gegen sekundäre Katarrhe der Nebenhöhlen.»

Von ganz besonderem Wert sei die Saugtherapie in Fällen von Naseneiterung bei kleinen Kindern, für die das Leiden, infolge der Behinderung beim Saugen an der Mutterbrust, sogar direkte Lebensgefahr heraufbeschwören könne. Täglich mehrmaliges Saugen helfe hier in durchgreifender Weise ab. Bei ganz kleinen Kindern benutzt Verf. die Maske; der Abschluss der Nasenräume nach hinten wird durch das Schreien des Kindes ohne weiteres von selbst hergestellt.

Bietet die Rhinitis chronica hypertrophica ein weniger dankbares Feld für die Anwendung der Saugtherapie, so verhält es sich ganz anders mit der Rhinitis atrophicans und erst recht mit der Ozaena. Was die erste der beiden letztgenannten Krankheitsformen betrifft, so meint Verf., dass diese, bis jetzt der Therapie noch so wenig zugängliche Krankheit durch Saugen in günstiger Weise dauernd beeinflusst werden könne.

Hinsichtlich der Ozaena hebt S. hervor, dass infolge mangelhafter Ergründung der Aetiologie dieses Leidens, sowie des Causalnexus der mehr oder weniger regelmässig dabei beobachteten Begleiterscheinungen (Nebenhöhlenerkrankungen), die Behandlung der Krankheit bisher noch rein empirisch und symptomatisch sei. Sieht man in der Ozaena eine primäre Erkrankung der Nasenschleimhaut, so dürfte der durch Saugen hervorgerufenen Hyperaemie «mit ihrer das Gewebe umstimmenden Wirkung» die Möglichkeit heilenden Einflusses zuerkannt werden. Ausser der Hyperaemie kämen aber noch andere Momente in Betracht. So werde durch das Saugen die Schleimhaut von dem eingelagerten Secret und Detritus gereinigt, in der Schleimhaut selbst eine gewisse Schwellung und dadurch Lockerung und Dehnung des Gewebes hervorgerufen und auf diese Weise günstig auf den bestehenden Krankheitszustand eingewirkt. Auch die auf

der Schleimhaut haftenden Borken werden gelockert. Angesichts dieser letzteren Wirkung seien in solchen Fällen stärker saugende (also grössere) Bälle zweckmässiger. Endlich käme noch der günstige Einfluss des Saugens auf die bei Ozaena häufig bestehenden Nebenhöhlenempyeme in Betracht.

Verf. empfiehlt, das Saugen in Fällen von Ozaena möglichst häufig längere Zeit hindurch anzuwenden: «jedesmal 5—10 Minuten, im Ganzen 3/4—1 Stunde lang, auf die verschiedenen Tageszeiten verteilt, dürfte für den Anfang nicht zu reichlich sein, später geschieht es seltener, bis man es allmählich bei den meisten Fällen auf den Morgen und Abend wird beschränken können».

In Anschluss an die Ozaena kommt Verf. zuletzt nochmals auf die Behandlung der Nebenhöhleneiterungen zu sprechen und empfiehlt dringend, das Saugen nicht nur in akuten Fällen recht häufig und sorgfältig vorzunehmen, angesichts der günstigen Wirkung, die eine möglichst vollständige Entleerung des sich ansammelnden Eiters auf den Krankheitszustand ausübt, sondern giebt auch bei chronischen Empyemen dem Saugverfahren den Vorzug vor anderen Eingriffen. Ausser der Entleerung des Eiters, «der bisher einen beständigen Reiz auf die Schleimhaut ausgeübt und dadurch an der Fortdauer der Krankheit wesentlich mitgewirkt» habe, betont er auch hier wieder die hyperaemisierende und gewebelockernde Wirkung des Saugens und meint, dass so die Schleimhaut «im Laufe von Monaten und Jahren» in einen mehr oder weniger normalen Zustand übergeführt werden könne. Durch die lange Dauer der Behandlung solle sich der Arzt nicht abschrecken lassen, besonders da ja auch andere therapeutische Massregeln, selbst die radikale Operation, nicht immer und noch weniger sicher zum Ziele führen. Man versuche nur erst mit genügender Ausdauer und mit der nötigen Kritik die Saugmethode; sollte diese trotz Allem fehlschlagen, so bliebe ja die Operation als ultimum refugium noch nach.

Bei Naseneiterungen, die durch Fremdkörper, kariöse Zähne u. dergl. hervorgerufen werden, sei die Beseitigung solcher neben dem Saugen selbstverständlich, ebenso wie event. ein operativer Eingriff behufs Entfernung von etwaigen polypösen Bildungen.

Zum Schluss spricht S. die Ueberzeugung aus, dass, wenn es auch noch mancher Arbeit bedürfe, um die Saugbehandlung bei Nasenerkrankungen nach allen Seiten genügend zu erforschen und ihre Licht- und Schattenseiten klarzustellen, dieselbe doch ihren Platz in der Nasenheilkunde sich erringen und dauernd behalten werde.

W. Dörbeck.

Th. Rumpf: Vorlesungen über sociale Medicin. Leipzig, 1908. Verlag von Georg Thieme. 290 Seiten. Preis 6 Mark.

«Die heutige Zeit verlangt . . . ., dass schon der junge in die Praxis tretende Arzt weitgehende Kenntnisse aller Beziehungen von Kranken und Aerzten zu Krankenkassen, sowie staatlichen und privaten Versicherungsanstalten, Kenntnisse der Bestrebungen und Einrichtungen zur öffentlichen Wohlfahrt, der Verpflichtungen gegen den Staat und seine Verwaltungs- und Gerichtseinrichtungen, gegenüber dem Bürgerlichen und Strafgesetzbuch und allen Anforderungen des ärztlichen Standes und seiner Vertretungen mitbringt. Die völlige Ausbildung in allen diesen Gebieten kann erst die Erfahrung in längerer Tätigkeit bringen. Aber auf der Universität kann und muss die Grundlage für das Verständniss der sozialen Medizin und ihrer Bedeutung im ärztlichen Leben gelegt werden».

Diese Erwägungen haben den Verf. bewogen, seine Vorlesungen an der Bonner Universität in knapper Form zu veröffentlichen. Zwar sind sie in erster Linie für reichsdeutsche Verhältnisse berechnet, haben aber bei der Bedeutung, welche die Lösung sozialer Aufgaben in allen Kulturländern immer mehr beansprucht, ganz allgemeines Interesse und können jedem Arzt und Studierenden als Leitfaden sehr empfohlen werden.

Michelson.

Paul Albrecht: Fritz Reuters Krankheit. Eine Studie. 1907. Carl Marhold. Verlagsbuchhandlung. Halle a. S. 46 Seiten.

Den Verehrern des Dichters, dessen 100-jähriger Geburtstag im Jahre 1910 wiederkehrt, wird die vorliegende Schrift eine liebe Festgabe sein. Verf. will den Menschen Reuter von dem Makel, dass er dem Laster der Trunksucht fröhnte, befreien, den ihm sein Vater und seine Zeitgenossen zuschrieben. Diese Rechtfertigung ist völlig gelungen, da des Verfassers Ausführungen klarstellen, dass von Schuld oder Laster bei Reuter keine Rede sein kann, sondern dass er krank war, und zwar an Dipsomanie oder periodischer Trunksucht litt, «welche gekennzeichnet ist durch periodisches, anfallsweises Auftreten eigenartiger Zustände, in welchen nach Vorausgehen und während des Bestehens einer gemütlichen Verstimmung der unwiderstehliche Trieb nach Genuss berauschender Getränke erscheint, zu heftigen Ausschreitungen treibt, mit einer leichteren oder tieferen Bewusstseinstrübung einhergeht, bis nach Stunden oder Tagen der Anfall von selbst sein Ende findet und nach Ueberwindung der alkoholischen Vergiftungserscheinungen einem mehr oder weniger gesunden Verhalten Platz macht (Gaupp)». Die Ursache dieser Krankheit ist nicht in der langen Festungshaft, da schon vor dieser Anfälle psychischer Verstimmung mit nervösen Symptomen besonders seitens des Magens auftraten, und jene nur als «auslösendes Moment für schwereres Auftreten der Krankheit» gewirkt haben kann, sondern in der endogenen Veranlagung zu suchen, indem Reuter möglicherweise von seiten der Mutter erblich belastet war.

Michelson.

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. Herausgegeben von Dr. Felix Blumenfeld. Würzburg. A. Stubers Verlag (Curt Kabitsch). 1908. Bd. I. Heft 1. Abonnementspreis pro Band à 6 Hefte — M. 24.

Unter ständiger Mitarbeit zahlreicher berühmter Laryngologen beginnt mit diesem Hefte in Würzburg eine neue Zeitschrift zu erscheinen, die Arbeiten aus dem Gebiete der Rhino-Laryngologie bringen wird mit besonderer Betonung praktischer Gesichtspunkte.

Als Grenzgebiete kommen in Betracht ausser der Tracheo- und Bronchoskopie auch die Oesophagoskopie, die Krankheiten der Mundhöhle und die mit der Nase und deren Nebenhöhlen in Zusammenhang stehenden Erkrankungen der Schädelhöhle und der Orbita. Besonders zu begrüssen ist, dass auch die Pathologie und Therapie der Stimme Berücksichtigung finden wird.

Das vorliegende 1. Heft umfasst 9 Druckbogen in Archivformat und enthält 10 hochinteressante Original-Abhandlungen aus den im Titel genannten Gebieten. Den 2. Teil bilden zahlreiche, recht ausführliche Referate der neusten Arbeiten aus dem Gebiete der Rhino-Laryngologie. Die nicht referierten sind in einem grossen Literaturverzeichniss zusammengestellt, was für wissenschaftliche Arbeiter ganz besonders wichtig ist. Berichte gelehrter Gesellschaften und streng kritische Besprechungen neuer Bücher ergänzen den Inhalt des Heftes. — Wir wünschen der neuen Zeitschrift eine recht weite Verbreitung im Kreise der Praktiker und Laryngologen. Der Erfolg wird jedenfalls nicht ausbleiben.

A. Sacher.

O. Burwinkel (Nauheim): Die Herzleiden, ihre Ursachen und Bekämpfung. Heft I der Sammlung „Der Arzt als Erzieher". 12. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 1 Abb. im Text. Verlag der „Aerztl. Rundschau" (Otto Gmelin), München. 1908. gr. 8°, 60 S. Preis: Mark 1.50.

Die Herzkrankheiten sind, wie das von den Aerzten aller Kulturländer bezeugt wird, in stetiger rapider Zunahme begriffen, so dass zu befürchten ist, dass, wenn es so weiter geht, der Prozentsatz der Todesfälle für Herzleiden bald nicht geringer sein wird als bei der Tuberkulose, welche bekanntlich in 1/7 aller Sterbefälle die Todesursache abgiebt. Es ist daher erfreulich, dass ein in der Behandlung von Herzleiden erfahrener Arzt, wie der Verfasser, in dem vorliegenden Büchlein eine auch jedem gebildeten Laien verständliche Belehrung und Aufklärung über das Wesen, die Verhütung und Behandlung der Herzerkrankungen bietet. In geradezu mustergültiger Weise werden nach einer Beschreibung der anatomischen Verhältnisse des Herzens sowie des Blutkreislaufs, die Bedeutung und Folgezustände der Herzfehler, ihre Heilbarkeit sowie die zahlreichen Ursachen der Herzleiden geschildert. Hervorragendes Interesse verdienen namentlich die Kapitel VII und VIII, in welchen die Bekämpfung der Herzleiden sowie die Lebensweise der Herzkranken besprochen wird. Hier redet Verf. auch der Anwendung der Massage bei Herzkranken das Wort, vorausgesetzt, dass dieselbe sachgemäss ausgeübt wird. Zudem habe diese Methode den Vorteil, dass man sie auch bei bereits weit vorgeschrittenen Fällen immer noch anwenden und so eine allmählige Beseitigung vieler Beschwerden herbeiführen könne. Im letzten Kapitel, das dem Verhältnis der Herzkranken zum Arzt gewidmet ist, bricht Verf. eine Lanze für die leider mehr und mehr aus der Gewohnheit kommende Sitte, einen bewährten Hausarzt in der Familie zu haben. Gerade bei Herzkranken äusserten sich die ersten Erscheinungen oft in so unbestimmter Form, dass selbst die eingehendste Untersuchung von berufenster Seite nichts entdecken

könne, während das Leiden dem richtigen Blick und der Kombination des beobachtenden Hausarztes nicht entgehen werde. Auch die Frauen möchte er dringend vor der Mode warnen, sofort bei jeder Kleinigkeit zum «Frauenarzt» zu laufen, statt die Ratschläge des Hausarztes zu befolgen. In unserer an übernervöser Vielgeschäftigkeit leidenden Zeit werde nur zu viel an den geduldigen Frauen herumkuriert. «Wie manche unglückliche Frau, die von einem Spezialisten zum anderen geschleppt wurde, erholte sich bald in jedem Kurort, wenn man sie nur in Ruhe liess!»

Die Broschüre verdient die weiteste Verbreitung unter Kranken und Gesunden; aber auch der practische Arzt wird in ihr manche nützliche Winke für die Behandlung Herzkranker finden. Für die Anerkennung, welche sie bereits in weiten Kreisen gefunden hat, spricht übrigens auch die in verhältnismässig kurzer Zeit nötig gewordene 12. Auflage.

Bernhoff.

Protokolle des XIX. livländischen Aerztetages.

2. Sitzung.

Freitag, den 17. August, 3—7 Uhr Nachmittags.

1) Dr. R. v. Wistinghausen-Reval hält seinen angekündigten Vortrag über die Sanitätsreform in Estland. (in Nr. 23 der St. Pet. med. Wochenschr. erschienen).

Dr. Schneider weist darauf hin, dass man auch in Livland an diese Frage herangetreten ist und dem letzten Landtage eine Proposition vorgelegen hat, welche im Grossen und Ganzen conform ist mit dem, was in Estland bereits geschaffen worden ist. Die Ausführung dieses Projektes ist aber hinausgeschoben, weil es erstens zurzeit an Mitteln fehlt und zweitens der neuen Landesverwaltung zur Begutachtung übergeben werden soll.

Vortrag des Herrn Dr. Schabert: «Ueber Herzhypertrophie bei Nephritis und Arteriosklerose». (s. Nr. 30 der St. Pt. med. Woch.).

Prof. Dehio: Die Hypertrophie der beiden Ventrikel bei verhältnismässig vorwiegender Hypertrophie des linken Ventrikels im Gefolge reiner, nicht durch Arteriosklerose komplizierter Nephritis lässt sich nur zum Teil durch die Beimischung harnfähiger Stoffe im Blut erklären. Eine solche Beimischung kann nur die verhältnismässig gleich starke Hypertrophie beider Ventrikel bewirken. Wenn das Schabertsche Material eine prozentisch stärkere Hypertrophie des linken Ventrikels ergiebt, so kann das wohl nur dadurch erklärt werden, dass die nephritischen Oedeme vorwiegend den grossen Kreislauf und nur wenig den kleinen Kreislauf beeinträchtigen, so dass aus diesem Grunde der linke Ventrikel stärker überlastet wird als der rechte.

Dr. Schabert. In allen Nephritisfällen, über die berichtet wurde, ist die makroskopisch gestellte Diagnose durch eine histologische Untersuchung kontrolliert worden, doch haben Jahre lange Bemühungen an einem grossen Material nicht den Erfolg gehabt, die genuine und die arteriosklerotische Schrumpfniere durch histologische Kriterien zu trennen, für vorgeschrittene Fälle gilt das mit Bestimmtheit, und gerade deshalb wurde der Versuch unternommen, durch Herzwägungen ein neues Moment zu finden. Im Hinblick auf die Angaben von Hirsch schien der Versuch nicht aussichtslos, doch war das Resultat entgegen diesen Angaben negativ. Auch die Verhältnisse der Kammermassen sind bei beiden Schrumpfnierenarten die gleichen. Auf die von Dr. Masing angeregte Frage über das Zustandekommen der Herzhypertrophie bei Morbus Brightii möchte ich nicht eingehen, so nahe sie auch liegt und den natürlichen Schluss jeder Forschung darstellt. Zurzeit kämen wir da nicht weiter, zuerst muss ein grosses, übereinstimmendes und einwandfreies Tatsachenmaterial beschafft werden.

Dr. Masing: Ich bitte den Vortragenden um Auskunft, ob er annimmt, dass die von ihm supponierten chemischen Stoffe die die Herzhypertrophie bei Nephritis hervorrufen sollen, direkt auf den Herzmuskel wirken oder ob sie nur indirekt, etwa durch die Gefässe, die Hypertrophie bedingen. Wie mir scheint, genügt die Annahme einer Blutdrucksteigerung zur Erklärung einer Hypertrophie.

Dr. v. Hampeln bemerkt in Bezug auf die klinischen Erscheinungen, auf die ja Dr. Schabert auch eingegangen ist, dass doch ein wesentlicher Unterschied im Grade der Hypertrophie des linken Ventrikels, auf den es ja besonders ankommt, besteht, je nachdem Arteriosklerose oder Nierenschrumpfung vorliegt. Dieses zu beachten, erscheint differentialdiagnostisch von grosser Wichtigkeit. Bei Arteriosklerose ist der Grad der Hyperthrophie stets ein mässiger, ja in vielen Fällen kommt es, wie Romberg und seine Schule nachwies, garnicht einmal dazu. In jedem Falle bleibt sie, wenn keine Komplikation mit Myokarditis vorliegt, eine mässige. Bei Schrumpfniere hingegen pflegt sie eine übermässige zu sein. Hochgradige Hypertrophie des linken Ventrikels muss darum den Verdacht von der Arteriosklerose ab und einer verborgenen Schrumpfniere zulenken, abgesehen natürlich von Klappenfehlern, die zur Hypertrophie des linken Ventrikels führen, und in Berücksichtigung dessen, dass sich ja, wie bereits bemerkt, eine primäre Herzmuskelerkrankung mit der Arteriosklerose oder auch mit der Schrumpfniere verbinden kann, woraus dann höchst komplicierte und schwer zu entwirrende Kranheitsbilder entstehen.

Dr. Ed. Schwarz: «Ueber sog. hysterisches Fieber».

Dr. Sokolowski: So sehr ich mich zeitweilig gegen den Begriff des nervösen Fiebers gewehrt habe, bin ich doch zur Anerkennung einer Temperatursteigerung nervöser Provenienz gelangt, allerdings gleichzeitig zur Ueberzeugung, eine wie grosse Vorsicht in der Diagnosticierung dieser Erscheinung geübt werden muss und zwar unter zwei verschiedenen Gesichtswinkeln. Erstens müssen, wie vom Redner bereits angeführt wurde, alle okkulten Erkrankungen auszuschliessen sein, wie Appendicitis, Erkrankungen der Gallenblase, des Pankreas, der Bronchialdrüsen; zweitens muss jede vom Patienten beabsichtigte Täuschung auszuschliessen sein. Der erstere Gesichtspunkt ist gerade den Spezialisten ans Herz zu legen, der zweite mehr den Nichtspezialisten, die nicht Gelegenheit haben, die unermessliche Schlauheit mancher Hysterischen zu ermessen. Für die nervös begründete Temperatursteigerung bleibt entschieden nur ein kleiner Rest von Fällen, bei denen dieselbe z. B. auf psychische Erregung zurückzuführen ist. Ich halte es aber für unberechtigt, die besprochene Erscheinung als hysterisches Fieber zu bezeichnen, es sollte lediglich von nervöser Hyperthermie gesprochen werden, denn es handelt sich nicht um ein Symptom, das nur im Rahmen der Hysterie entsteht.

Dr. Hampeln: Das von Dr. Schwarz hier beschriebene hysterische Fieber oder die nervöse Hyperthermie weist gemeinsame Züge auf mit den bei uns seit einigen Jahren sich häufenden Fällen von jahrelang dauernden mässigen Temperatursteigerungen. Es erscheint mir verdienstvoll, dass Dr. Otto neulich diese Fälle gleichsam zur Diskussion gestellt hat in seiner Arbeit über Normalhochtemperaturen nach Influenza. Solche an den Grenzen stehenden, selbst diese überschreitenden Temperaturen giebt es, und auch ich sah sie schon in mehreren Fällen ganz unabhängig von vorausgegangenen Erkrankungen und bei scheinbar völliger Gesundheit. Es handelte sich um junge Frauen, Kinder und zwei Männer. Natürlich entstand besonders der Verdacht verborgener Tuberkulose, aber die lange Dauer der Temperatursteigerung — einige Jahre — ohne Veränderung des Befundes sprach dagegen. Anderseits muss bemerkt werden, dass bei sich später manifestierender Tuberkulose Temperatursteigerungen dieses gleichmässigen Charakters nicht vorgekommen sind, doch erscheinen weitere Beobachtungen natürlich notwendig. Einstweilen nehme ich an, dass es funktionelle Hyperthermieen aus unbekannter Ursache gibt, vielleicht unter Beteiligung des Nervensystems, wofür die Arbeiten von Köhler, Berg u. a. sprechen, die bei simulierten Injektionen mit Tuberkulin dennoch Temperatursteigerungen erzielten, also autosuggestiver Art. Darum könnte es sich auch in den von mir beobachteten Fällen handeln.

Dr. Stieda: Der Vortragende wies darauf hin, dass seine Pat. kein Motiv zur Simulation gehabt hätte. In Fällen pathologischer Simulation braucht aber auch gar kein Motiv vorhanden zu sein, das Motiv liegt eben im pathologischen Zustand. In Bezug auf das corpus striatum als Temperatur erzeugendes Centrum muss ich sagen, dass der Beweis für eine solche Funktion noch nicht erbracht ist, die Versuche von Ito, Aronson und Sachs sind sämtlich nicht einwandsfrei. Meine Versuche haben ergeben, dass bei Kaninchen ein jeder Stich ins Gehirn eine gewisse Temperatursteigerung hervorruft, einerlei, ob er das corpus striatum trifft oder nicht.

Dr. Otto hat in seiner hier mehrfach citierten Arbeit über postfebrile Hochnormaltemperaturen bei Influenza (St. Pet. Med. W. Nr. 26, 1907) Fälle von unkomplizierter Influenza besprochen, welche, trotzdem sie verhältnismässig bald fieberfrei waren, noch wochenlange Hochnormaltemperaturen nach sich zogen. Diese nie über 37,5 hinausreichenden, relativ jedoch als Fieber zu deutenden Temperaturen können natürlich nicht mehr von pyrogenen und toxischen Stoffen im Blut hergeleitet werden, es kann sich nur um eine Nachwirkung der Toxine auf das Nervensystem handeln, das in einen fortdauernd labilen Zustand geraten ist. Dabei erscheint Otto, wenigstens für die von ihm citierten Fälle

ein Umstand nicht unwesentlich zu sein. Alle Patienten versuchten ihren fieberhaften Zustand durch psychische und körperliche Ueberanstrengung tagelang zu überwinden, mithin wurden ausser einer Mehrleistung des krankhaft gesteigerten Stoffwechsels dem gereizten Wärmecentrum noch weitere Reize zugefügt. Der Endeffekt, den wir in einer langen Reihe relativer Fiebertemperaturen vor uns haben, bedeutet daher nur eine noch nicht ausgeglichene Wärmeregulierung.

Prof. Zoege v. Manteuffel fragt, ob an Männern ähnliches beobachtet wurde, er selbst hat einen gesunden Jüngling von 18 Jahren gesehn, bei dem nach einer starken psychischen Alteration die Temperatur auf 38,3 stieg und bei Nachlass der Erregung wieder auf die Norm zurückging. In einem anderen Fall handelte es sich um einen Offizier, der freiwillig in den Krieg gegangen war. Auf dem Wege zum Schlachtfeld kriegte er es mit der Angst und liess sich in das Lazaret der Kaiserin Maria aufnehmen. Hier konstatierte man Fieber von etwas über 38 ohne objektiv nachweisbare Ursache, das bald zur Norm zurückging. Sowie er aber wieder zur Front entlassen wurde, stieg unterwegs abermals die Temperatur. Dass sie vom Personal zuverlässig gemessen wurde, brauche ich nicht anzuführen.

Dr. Bornhaupt: Die Streptokokkeninfektion der Lymphdrüsen und der Lymphwege kann eine Temperatursteigerung zur Folge haben, die unter Umständen monatelang anhält, ohne dass ein Grund dafür klinisch nachgewiesen werden kann. Die Erklärung kann in solchen Fällen darin gesucht werden, dass Infectionsstoffe sich lange in den Lymphwegen aufhalten und dadurch Temperatursteigerungen verursachen, die nicht durch Veränderungen des Centralnervensystems erklärt zu werden brauchen.

Dr. v. Bergmann: Die Fälle, bei denen ein Trauma stattgehabt hat, müssen mit grosser Vorsicht als in die hier behandelte Gruppe gehörig angesehn werden. Jedes Trauma setzt eine Blutung und die Blutung führt zu Temperatursteigerungen und zu Erweichung des Gewebes. Die Heilung kann beim Hirn event. nur durch die Operation bewirkt werden, welche auch das Fieber beseitigt. Im Wirbel kann der Prozess zu seiner Zerstörung und Kompression des Rückenmarks führen. Wenn solche Fälle längere Zeit durch Immobilisierung der Wirbelsäule behandelt werden, so kann diese Behandlung ein langsames Ausheilen des Knochenprozesses herbeiführen und das Korsett zu einer Zeit entfernt werden, wo der ossale Prozess bereits sein Ende erreicht hat.

Dr. E. Schwarz: Die Ausführungen Bergmanns verdienen gewiss Beachtung, und ich habe schon in meinem Vortrag auf diesen Einwand hingewiesen. Doch es wäre merkwürdig, wenn die Heilung des ossalen Herdes gerade so schnell nach meiner Konsultation erfolgt sein sollte, nachdem jahrelang eine stetige Verschlimmerung des Zustandes eingetreten war. Der Verlauf spricht gegen die Bergmann-sche Anschauung. Die Ausführungen von Dr. Otto entsprechen auch meinen Erfahrungen, in solchen Fällen erregen die körperlichen Anstrengungen einen nervösen Zustand der sich bald in Hyper- bald in Hypothermie äussert.

Auch beim Blitzschlge sehen wir, dass bei Kranken oder geschwächten Individuen die körperliche Bewegung eine gewaltige Temperatursteigerung hervorruft, die sogar mit dem Tode endigt. Ein weiteres Beispiel für den Zusammenhang der Hyperthermie mit dem Zustande des Nervensystems sind dessen materielle Erkrankungen. Bei progressiver Paralyse sieht man oft lange Zeit Temperaturen von 34 und 35 Grad. Vor Jahren sah ich eine Pneumonie, die unter allen Entzündungssymptomen der Lunge aber ohne Steigerung der Körperwärme bei 35 Grad zugrunde ging.

Literaturbelege habe ich, um ihre Geduld nicht noch in Anspruch zu nehmen, weggelassen. Die Arbeit von Voss erfuhr eine Kritik von Strümpell, der das hysterische Fieber ganz leugnet, und auch ich möchte nochmals betonen, dass man den Ausdruck «hysterisches Fieber» fallen lassen muss, weil Steigerung der Temperatur, nicht nur bei hysterischen sondern auch bei andern Neurosen vorkommt. Also hysterisches Fieber existiert nicht, aber eine Hyperthermia nervosa sehr wahrscheinlich wohl. Beibringung weiteren Materials ist sehr wünschenswert.

Vortrag des Dr. E. Sokolowski: «Ueber einen Fall von Kreuzbeintumor.»

Dr. E, Schwarz: Es ist als glücklicher Fall zu betrachten, wenn ein Tumor der Canda equina oder des Kreuzbeins früh diagnosticiert werden kann oder früh palpabel wird. Meist geht es anders, monatelang kann eine Ischias bestehen, ohne dass Ausfallssymptome nachgewiesen werden können, und später entpuppt sie sich als ein Tumor. Diese bösen Dinge machen uns Aerzten oft diagnostische Unannehmlichkeiten.

Dr. Sokolowski: Wenn Dr. Schwarz behauptet, dass die Affektionen in den untern Rückenmarksteilen sehr lange occult bleiben können, so möchte ich dem widersprechen, denn falls die nervösen Störungen im Plexus liegen, so wird bald nach dem Entstehen der vermeintlichen Ischias eine manuelle Untersuchung per anum irgend etwas am Kreuzbein palpieren lassen. Ist aber die Störung in der Cauda oder im Conus terminalis zu suchen, so müssten schon frühzeitig Blasen und Mastdarmstörungen nachzuweisen sein bei der Raumbeengung im Wirbelkanal.

Dr. W. von Holst: «Ueber Herznervosität.»

Dr. v. Hampeln: Subjektive, als Herzneurose gedeutete Herzbeschwerden betreffen einen grossen Teil der ambulatorischen Patienten sowohl des Nervenarztes wie des Internisten. Was nun aber auch der Grund dieser Neurosen sein mag, immer handelt es sich um Motilitäts- oder Senbilitätsstörungen oder noch häufiger Kombinationen beider. In dem vom Vortragenden entworfenen Krankheitsbilde vermisse ich nur die Berücksichtigung schmerzhafter Druckpunkte, die man in solchen Fällen oft trifft und zwar auch den von mir Ostealgieen genannten schmerzhaften Druckpunkten, nicht des Intercostalraums, sondern einer Rippe, meist der 4. und 5. in der Mamillargegend mit oder auch oft ohne Hyperalgesie der Haut. Auf die Deutung dieser Druckpunkte soll hier nicht weiter eingegangen, sondern nur auf ihr häufiges Vorkommen hingewiesen werden. Aber wichtiger als dieses erscheint mir die Frage nach dem Verhältniss dieser subjektiven Beschwerden zu den materiellen Herzerkankungen. Dass subjektive Beschwerden oft organischenErkrankungen des Herzens und der Aorta vorausgehn, darauf hat, was die Aorta betrifft, von Dorpat aus Thoma, in Bezug auf das Herz Nothnagel in Wien mit Nachdruck hingewiesen. Auch ich muss auf Grund meiner Beobachtungen mich zugunsten des häufig prämonitorischen Charakters solcher Herzneurosen aussprechen, die oft Jahrelang einem späteren Herzleiden vorausgehn. Ich glaube nicht, dass die Neurose das Herzleiden, wie oft angenommen wird, hervorruft, sondern eher, dass es sich dabei um frühzeitige Symptome des Herzleidens handelt, das langsam verläuft, oft stillsteht und einen gutartigen Charakter hat.

Dr. Bosse fragt, inwiefern chronische Koffeinvergiftung ähnliche Zustände hervorrufen kann.

Prof. Dehio: Die klinischen Erscheinungen der Herznervosität lassen sich ebenso gut bei Anerkennung der myogenen Theorie wie mit der alten neurogenen erklären. Die Frage, welche der beiden Theorien die richtige ist, lässt sich von der klinischen Beobachtung der Herznervosität ausgehend schwer entscheiden. Die sog. Herzneurosen sind meistenteils mit vasomotorischen Störungen verbunden so dass es vielleicht gut wäre, statt von Herzneurosen, von Neurosen des gesamten Cirkulationssystems zu sprechen.

Dr. W. v. Holst bedauert, weder auf die intercostalen noch auf die ossalen Schmerzpunkte geachtet zu haben. In seiner Beurteilung der neurogenen und myogenen Theorie glaubt er die genügende Reserve beobachtet zu haben und nicht klinische Beobachtung sondern physiologische Experimente wurden zu gunsten der neurogenen Hypothese angeführt. Prof. Dehio möchte er fragen, wozu er denn glaubt, dass das komplicierte und weit verzweigte Herznervensystem denn da wäre, falls die myogene Lehre in vollem Umfang zu recht bestünde.

Vortrag des Dr. M. Hirschberg: Elektronentheorie, Radioaktivität und Radium.»

Schluss der II. Sitzung.

Tagesnachrichten.

Vereins- und Kongressnachrichten.

— Vom 28. bis zum 31. August findet in Riga der XX. livländische Aerztetag statt, worauf wir die Herren Kollegen nachdrücklich aufmerksam machen, da eine möglichst rege Beteiligung auch seitens der Petersburger Aerzte sehr wünschenswert ist.

— XX. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Riga von 28.—31. August 1908.

Programm:

Donnerstag, den 28. August, um 10 Uhr morgens. Eröffnung des Aerztetages durch den Medizinalinspektor oder dessen Stellvertreter. I. Sitzung von 10—1 Uhr mittags. 1) Begrüssung der Mitglieder und Ehrengäste durch das

Präsidium. 2) Vortrag von Dr. v. Engelhardt «Ueber medizinische Wissenschaft und Praxis». 3) Vortrag von Dr. v. Engelmann «Ueber die Bekämpfung von Syphilis». 4) Rechenschaftsbericht des Präsidiums. 5) Bericht der Delegierten-Versammlung zur Beratung über die Gründung eines «Baltischen Aerztekongresses». 6) Bestimmung der Zeit und des Ortes für den nächsten Aerztetag. 7) Wahl eines Präses, Vizepräses, des 1. und 2. Sekretärs und des Kassaführers. — II. Sitzung von 3—6 Uhr. 1) Professor Dr. Dehio «Rechenschaftsbericht des Vereins zur Bekämpfung der Lepra». 2) Dr. Eduard Schwarz «Kriminalität und Lues Cerebri»., 3) Dr. Sokolowski und 4) Dr. P. Klemm: Ueber «Morbus Basedowii». 5) Dr. Raue «Ueber Sauerstofftherapie». 6) Dr. v. Packiewicz «Ueber Hypnotherapie», mit Demonstrationen.

Freitag, den 29. August. III. Sitzung von 9—1 Uhr: 1) Referat über die Gicht. Erster Referent Dr. von Hampeln. Korreferent Dr. von Engelhardt. 2) Dr. Krannhals «Ueber konjunktivale und kutane Tuberkulinreaktion». 3) Dr. Berkholz «Ueber Scharlach und seine Komplikationen». 4) Dr. Reinhard «Zur Behandlung des Trachoms und der skrophulösen Ophthalmie bei gleichzeitig bestehenden Erkrankungen der oberen Luftwege». 5) Dr. Büttner «Zu den periodischen Magenkrankheiten.» — IV. Sitzung von 2—5 Uhr: 1) Dr. v. Engelman «Zur Indikation der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie». 2) Dr. A. Berg «Zur Gonorrhoebehandlung». 3) Professor Dr. Zoege v. Manteuffel: Thema vorbehalten. 3) Dr. Beyher «Die Rolle der Infektion im Kriege». 5) Dr. P. Klemm und Dr. Sarofels «Die von 1899—1908 im Kinderhospital beobachteten Coxitis-Fälle». 6) Dr. Thilo «Verhütung der Winkelstellung nach Lähmungen». 7) Dr. Thilo «Behandlung der Hautnarben». 8) Dr. von Vietinghoff «Zur Therapie des Klumpfusses».

Sonnabend, den 30. August. V. Sitzung von 9—1 Uhr. 1) Referat über die Gallensteinerkrankungen. a. Aetiologie und Pathologie, Dr. Schabert. b. Chirurgische Behandlung, Dr. v. Bergmann. c. Cholelithiasis und Pankreaserkrankungen, Dr. Truhart. 2) Dr. Bornhaupt «Ueber acute Pankreatitis». 3) Dr. Truhart «Ueber Ovulum und Pankreas». 4) Dr. Weidenbaum «Ueber Hygiene der Frauenkleidung». 5) Dr. Poorten «Ueber Bakteriurie des Weibes».

VI. Sitzung von 3—6 Uhr: Krankendemonstration im Stadtkrankenhause.

Sonntag, den 31. August, um 9 Uhr morgens: 1. Jahresversammlung der Unterstützungskasse der Mitglieder der livländ. Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe. 2. Jahresversammlung der livl. Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe.

Darauf gegen 12 Uhr Fahrt nach Kemmern zur Besichtigung der dortigen Badeeinrichtungen.

— Am 8. September n. St. beginnt in Genf der I. internationale Kongress zum Kampf gegen die Verfälschung von Lebensmitteln und pharmazeutischen Präparaten. Als Delegierter seitens Russlands wird im Auftrage des Ministeriums des Innern Prof. Dr. S. A. Przibytek teilnehmen.

— Auf dem II. internationalen Kongress für Chirurgie, der unter dem Vorsitz von Prof. emer. Dr. Czerny (Heidelberg) vom 21.—25. September n. St. in Brüssel tagt, sind eine ganze Reihe von Vorträgen über die Behandlung der verschiedenen Formen der Krebskrankheit angemeldet. Zum Schluss wird Prof. Dollinger (Budapest) über die Endresultate der operativen Behandlung des Krebses referieren. Dadurch, dass die Kongressteilnehmer die Referate schon jetzt gedruckt erhalten und auf dem Kongress nur kurze Schlussfolgerungen gegeben werden, bleibt der Hauptteil der Zeit für eingehende Verhandlungen übrig.

Epidemiologisches.

— Die Choleraepidemie in Russland weist noch immer eine steigende Tendenz auf. Nach dem officiellen Bulletin vom 16. August sind vom Beginn der Epidemie (8. Juli) bis zum 15. August incl. im ganzen Reiche 3141 Erkrankungen und 1505 Todesfälle registriert worden. Die Mortalität betrug somit fast 48 pCt. Am stärksten heimgesucht sind das Astrachansche Gouvernement (981 Erkrankungen mit 472 Todesfälle) und das Saratowsche Gouvernement (794 Erkrankungen und 452 Todesfälle), in denen beiden die ersten Erkrankungen bereits am 8. Juli auftraten; es folgen dann das Gebiet der Donischen Kosaken (483 Erkr., 175 Todesf.) und das Nishni-Nowgorodsche Gouvernement (265 Erkr., 108 Todesf.). Die Hauptherde der Seuche bilden die Städte Astrachan (457 Erkr. und 220 Todesf.), Zarizyn (466 Erkr., 289 Todesf.), Nishni-Nowgorod (229 Erkr., 91 Todesf.) und Rostow a/Don (376 Erkr., 167 Todesf.). Hervorheben wollen wir noch, dass die Stadt Nishni-Nowgorod, wo gegenwärtig der grosse Jahrmarkt stattfindet, in der letzten Berichtswoche von allen Ortschaften des Reiches die grösste Zahl von Erkrankungen an der Cholera, nämlich 142 Fälle, gehabt hat.

— Die Oberleitung der Massnahmen zur Bekämpfung der Cholera ist dem Obermedizinalinspektor Dr. Malinowski und dem Professor Wissokowitsch übertragen worden und zu diesem Zweck ist der erstere nach Nishni-Nowgorod, der letztere nach Rostow a/Don abkommandiert worden.

— Um der Ausbreitung der Cholera im Gebiet der Wolga Einhalt zu tun, hat die Verwaltung der Wasser- und Chausseewege, abgesehen von den ärztlichen Beobachtungspunkten und an dem Flusse belegenen Cholerabaracken, auf dem unteren Laufe der Wolga zwei spezielle Sanitätsdampfer ausgerüstet, die mit allem Notwendigen versehen sind, um den Erkrankten medizinische Hülfe zu gewähren, und die choleraverseuchten Schiffe zu desinfizieren. Diese Sanitätskreuzer haben auch den Zweck, die Cholerakranken von den Schiffen zu entfernen und zu isolieren.

— Auf Verfügung des Ministeriums der Volksaufklärung ist der Beginn des Unterrichts in den Lehranstalten der Ortschaften, in denen die Cholera herrscht, aufgeschoben worden, wobei den Verwaltungen der örtlichen Lehrbezirke anheimgestellt wird, den Zeitpunkt für die Wiederaufnahme des Unterrichts entsprechend den örtlichen Verhältnissen festzusetzen. Diese Verfügung betrifft Samara, Saratow, Stawropol, Rostow a/Don und Zarizyn.

Von Universitäten und med. Instituten.

— Die Konferenz der militär-medizinischen Akademie hat beschlossen, um das Andenken des um die Akademie verdienten Professors J. P. Mierzejewski zu ehren, das Bild des Verstorbenen im Auditorium der Klinik für Geistes- und Nervenkrankheiten, der Stätte seiner langjährigen Wirksamkeit, aufzuhängen.

— Den Delegierten der freien Zuhörerinnen, welche sich am 18. August dem Minister der Volksaufklärung vorstellten und ihm ihre Universitätsmatrikeln vorwiesen, erklärte Minister Schwarz, dass die Handlungsweise der Professoren, welche diese Matrikeln ausgestellt haben, streng untersucht werden wird, und dass mit dieser Untersuchung das Mitglied des Konseils des Ministers, N. Debolski, betraut worden sei. Jedenfalls dürfen die freien Zuhörerinnen, ob mit, ob ohne Matrikel, an den Universitäten nicht bleiben.

— Von der Universität Tomsk ist ein Konkurs zur Besetzung der beiden vakanten Lehrstühle der chirurgischen Fakultätsklinik und der Pharmakologie mit Rezeptierkunde angesagt. Bewerber um diese Lehrstühle haben ihre Gesuche unter gleichzeitiger Beifügung eines Curriculum vitae und ihrer wissenschaftlichen Arbeiten bis zum 15. November 1908 bei der Universität einzureichen.

— Der Minister der Volksaufklärung hat es nicht für möglich befunden, die Aerztin Dantschakowa, welche bekanntlich von der Moskauer Universität zur Privatdozentin für Histologie gewählt wurde, in diesem Amte zu bestätigen, da die bestehenden Gesetze die Bekleidung von Lehrämtern durch Frauen an Universitäten nicht gestatten.

Standesangelegenheiten.

— Der bekannte Landschaftsarzt und gegenwärtige Sekretär der Pirogow-Gesellschaft in Moskau Dr. D. N. Shbankow ist, wie die Tagesblätter berichten, wegen seiner Broschüre «Was muss man für die erfolgreiche Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten wissen?» verhaftet worden. Die Broschüre selbst, welche in 2100 Exemplaren gedruckt war, ist konfisziert worden.

— Der Chef des Kasanschen Wegekommunikationsbezirks verlangt, wie die Zeitung «Wolgar» mitteilt, vom medizinischen Personal, das die Schiffe auf der Wolga begleitet, dass jeder einzelne desselben einen Ausweis über seine Person bei sich habe, in welchem der medizinische Grad der betreffenden Personen an gegeben oder eine Bescheinigung von Lehranstalten über die Absolvierung eines Kursus in den entsprechenden Wissenschaften enthalten sein muss. Diese Ausweise müssen auf Verlangen der Beamten der Navigations- oder der Sanitäts-Beaufsichtigung vorgewiesen werden. (R. Wr.)

— Die Regierung der Vereinigten Staaten von Amerika hat den Familien der beiden Aerzte Dr. Larcar und Dr. Carroll, welche beim Studium des gelben Fiebers an dieser Krankheit gestorben sind, eine Jahrespension von je 6000 Mark (= gegen 3000 Rbl.) bewilligt.

Personalia.

— Goldenes Professor-Jubiläum. Am 15./18. August beging der Altmeister der deutschen Kinderheilkunde, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Eduard Henoch, das seltene 50-jährige Jubiläum als ausserordentlicher Professor der Berliner Universität. Dass der Gelehrte es niemals bis zum Ordinarius gebracht hat, dafür waren lediglich äussere Gründe massgebend. Sein Nachfolger Prof. Dr. Otto Hübner erhielt sofort eine ordentliche Professur. Der Jubilar, welcher im vorigen Monate sein 82. Lebensjahr vollendet hat, konnte schon im Jahre 1893 sein 50-jähriges Doktorjubiläum feiern. Sein ganzes Wirken als Universitätslehrer und Arzt galt seiner Vaterstadt Berlin, gegenwärtig lebt er in Dresden.

— Der Oberarzt des Tiraspolschen örtlichen Militärlazaretts' Staatsrat Dr. Adolf Michelsohn, ist krankheitshalber mit Uniform und Pension verabschiedet worden.

— Der Privatdozent der Universität Tomsk Dr. Alexandrowitsch-Dotschewski ist zum ausserordentlichen Professor der speziellen Pathologie und Therapie und Direktor der therapeutischen Hospitalklinik dieser Universität ernannt worden.

— Mit der Ausübung der Funktionen des verst. Wesenbergschen Kreisarztes Dr. Martinson ist der dortige Stadtarzt Dr. Schröppe bis auf weiteres betraut worden.

— Zur Ergänzung unserer früheren Mitteilungen über die Ehrungen, welche dem berühmten deutschen Gelehrten Prof. Dr. Robert Koch in Japan zuteil geworden sind, können wir heute noch berichten, dass der Kaiser von Japan ihm einen prachtvollen silbernen Tafelaufsatz geschenkt hat und ausserdem ihm zu Ehren offizielle Postkarten ausgegeben wurden, auf denen Ansichten des Tokioschen und des Berliner Instituts für Infektionskrankheiten abgebildet sind. Prof. Koch hat sich aus Japan auf den Tuberkulose-Kongress nach Washington begeben.

— Zum Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Professor Dr. Karl Toldt auf dem Lehrstuhl der Anatomie an der Wiener Universität ist der bisherige Prof. ord. für Anatomie in Innsbruck, Dr. Ferdinand Hochstetter, ernannt worden.

Nekrologe.

Verstorben sind: 1) In Odessa der als Asienreisender bekannte Arzt Dr. Albert Regel im 63. Lebensjahre. In Zürich am 12. Dezember 1845 als Sohn des namhaften Botanikers und späteren Direktors des Petersburger botanischen Gartens Eduard Regel geboren, kam der Hingeschiedene mit seinem Vater nach Russland, studierte hier Medicin und war nach Erlangung der Venia practicandi in Dorpat fast ein Jahrzehnt Kreisarzt in Kuldscha (Ostturkestan), von wo aus er im Auftrage der Russ. Geographischen Gesellschaft und des Kais. botanischen Gartens die Flora in Centralasien, in Ostturkestan etc. erforschte und wertvolle Sammlungen mitbrachte. Oefters beteiligte er sich auch an den Forschungsreisen des berühmten Generals Przewalski. Ende Juni d. J. langte Dr. Regel, auf der Reise aus Persien nach Petersburg begriffen, krank in Odessa an, wo er nach längerem Leiden an Lungengangrän verstarb. 2) Am 23. Juli in Odessa der Ordinator des dortigen Stadthospitals Dr. Peter Kulikowski. Er ist im Alter von 47 Jahren ein Opfer seines Berufes geworden, indem er sich bei der Ausführung der Trepanation an einer Kranken mit einem Ohrabscess eine Blutvergiftung zuzog. Sein Kollege Dr. Zenowski widmet in einem Odessaer Blatte dem vorzeitig Hingeschiedenen einen warm gehaltenen Nachruf. 3) In Moskau der Arzt der Iberischen Gemeinschaft barmherziger Schwestern des Roten Kreuzes Dr. Wjatscheslaw Butschinski im 33. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher i. J. 1900 den Kursus an der Moskauer Universität absolviert hatte, war auch Ordinator an der therapeutischen Universitätsklinik in Moskau. 4) In Prag am 9./22. August der bekannte Kliniker und frühere Prof. ordinarius für innere Medicin an der tschechischen Universität Dr. Theophil Eiselt im 77. Lebensjahre. Er war an der früher ungeteilten Prager Universität der erste Professor der medicinischen Fakultät, der nur tschechische Vorlesungen hielt. Seit einer Reihe von Jahren lebte er im Ruhestande. 5) Am 12./25. August in der Bretagne der berühmte französische Physiker Henri Becquerel, ein hervorragender Forscher auf dem Gebiete der unsichtbaren Strahlen und der radioaktiven Stoffe. Im Jahre 1896 entdeckte er die nach ihm benannten Strahlen, die besonders vom Radium, Polonium und Aktinium ausgehen. Er war Mitglied des Institut de France und ständiger Sekretär der Académie des sciences, ausserdem korrespondierendes Mitglied der Akademien in Berlin und Göttingen und im Besitz der Helmholtz-Medaille. Becquerel, der nur 58 Jahre alt geworden ist, wurde i. J. 1903 durch Verleihung des Nobelpreises ausgezeichnet.

Bf.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Juli d. J. 10695 (179 wen. als in der Vorwoche), darunter 695 Typhus abdom. — (25 mehr), 7 Typhus exanthemat. — (0 mehr), 153 Febris recur. (55 wen.), 399 Syphilis — (42 wen.), 365 vener. Kranke — (5 mehr), 166 Scharlach — (7 wen.), 174 Diphtherie — (16 wen.), 72 Masern — (0 mehr), 133 Pockenkranke — (32 wen. als in der Vorw.) und 2 Windpockenkr.

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 13. bis zum 19. Juli d. J. im ganzen 969, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus abdominalis 35, Febris recurrens 2, Pocken 7, Masern 36, Scharlach 9, Diphtherie 6, Keuchhusten 5, Krupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 2, Grippe 2, Katarrhalische Lungenentzündung 83, Ruhr 2, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 62, Tuberkulose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 62, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungskanals 297, andere Krankheiten 272. Ausserdem 47 Totgeborene.

Am 26. Juli d. J. betrug die Zahl der Kranken 10731 (36 mehr als in der Vorwoche.), darunter 682 Typh. abd. — (13 wen.), 10 Typh. exanthemat. — (3 mehr), 144 Febris recur. — (9 wen.) 428 Syphilis — (29 mehr), 381 vener. Kranke (16 mehr), 141 Scharlach — (25 wen.), 175 Diphtherie — (1 mehr), 55 Masern — (17 wen.), 96 Pockenkranke (37 wen. als in der Vorw.) und 2 Windpockenkr.

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 20. bis zum 26. Juli d. J. im ganzen 897, darunter an folgenden Krankheiten:

Typh. exanth. 1, Typhus abdom. 33, Febris recurrens 1, Pocken 3, Masern 31, Scharlach 3, Diphtherie 6, Keuchhusten 9, Krupöse Lungennetzündung 16, Erysipelas 1, Grippe 2, Katarrhalische Lungenentzündung 70, Ruhr 2, Milzbrand 1, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 81, Tuberkulose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 271, andere Krankheiten 264 — Ausserdem 29 Totgeborene.



PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel**, Apotheker, Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik**, Apotheker, Kiew. **Paul Seebode**, Apotheker, Riga, Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky**, Petersburg, **Carl Ferrein**, Moskau.

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19**, Seydelstrasse 16. (4) —58.

Dr. Emmerich's Sanatorium B.-Baden Gegr. 1890
für Nerven-
Morphium- etc.
Alkohol-Kranke.
Mildeste Form d. Morph. Entz. ohne Zwang unter sof. Wegfall der Spritze i. 4—6 Woch. Alkohol-Entwöhn. n. erpr. Verfahr. Prosp. kostenl. 2 Ärzte. Bes. u. dir. Arzt Dr. A. Meyer.

Statt Eisen! **Statt Leberthran!**

Haematogen HOMMEL

alkohol- und ätherfrei.

Frei von **Borsäure, Salicylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin, noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweissstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von höchstem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

- **Grosse Erfolge bei Rhachitis, Scrophulose, Anaemie, Frauenkrankheiten. Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza etc. etc.)**
- **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern ausserordentlich gern genommen. Mächtig appetitanregend.**

Haematogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch **unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen,** gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Aether etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Mit unserem neuesten, auch im Geschmack bedeutend verbesserten **Haematogen Hommel**, können wir den Herren Aerzten ein **Ideales, völlig reines, unbegrenzt haltbares Haemoglobin-Präparat** an Hand geben. Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir

stets **Haematogen HOMMEL** zu ordinieren.

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **grössere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten gerne frei und kostenlos zur Verfügung.

Zu haben in allen Apotheken und Apothekermagazinen.

Nicolay & Co., St. Petersburg, Smolenskaja, 33, Zürich, Hanau a.M. und London.

(37) 24—16.



Zur Nervenberuhigung und Schlafanregung.

Dosis: als Sedativum 0,3 g mehrmals täglich als leichtes Hypnoticum 0,6 g vor dem Schlafengehen als Pulver od. in Tablet.

Rp.: 1 Original-Röhrchen Bromuraltabletten (Knoll) zu 0,3 g № XX.

(α - Monobromisovalerianylharnstoff).

(Literatur und Proben Kostenlos bei R. Otto jr., Moskau).

(83) 26—3.

KNOLL & Co., Ludwigshafen am Rhein.

BERLINER DOZENTENVEREINIGUNG FÜR ÄRZTLICHE FERIENKURSE.

Der nächste Zyklus findet vom **1. Oktober** bis **28. Oktober 1908** statt. Das Lektionsverzeichnis versendet unentgeltlich und erteilt Auskunft Herr **Melzer, Berlin**, Ziegelstrasse 10/11 (Langenbeck-Haus).

gez. Geh. Med. Rat Prof. Dr. **D. v. Hansemann.**



Abführungs - Pillen

ARA

wirken **zart, schmerzlos** und werden mit gutem Erfolg bei Störungen der Verdauungsorgane angewandt. (73) 0—6.

Schachtel 95 Kop.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung **ganz umsonst versandt.**



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.

Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,

(21) 52—33. St. Petersburg. Offizerskaja 6, Quartier 37.

Wiesbaden

Renoviert 1908. (102) 16—4.

Das ganze Jahr geöffnet. **Augusta Victoria Bad** **Gesündeste Lage.**

Durch gedeckte heizbare Uebergänge verbunden mit der **Hotel Kaiserhof.**

Anstalt zur Ausübung **sämtl. physikal., medizin.** und **chirurg. Heilmethoden.** — Klin. und ambulante Behandlung. — Eigene Thermalquelle. — Dampf- und Heissluft-Bäder. — Hydrotherapie. — Moorbäder. — Elektrotherapie. — Kataphoretische Anlagen. — Vollständiges Zanderinstitut (Original). — Inhalatorium. — Pneumat. Kammer. — Röntgenabteilung. — Operationssaal etc

Aerzte: San.-Rat **Dr. C. Mayer. Dr. Albert Stein,** Chirurg.-orthopäd. Abteilg. früher an d. Bergmann'schen u. Hoffa'schen Klinik.

Ausführl. Prosp. durch d. Direktion.

SASSNITZ, **Ostseebad auf Rügen.**

Prospekte und Auskunft gratis und franko durch die **Bade-Direktion. Berlin N. W. Unter den Linden 76 a, Hauptbureau und Geschäftsstelle.** (84) 7—6.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Compendium der Verbandlehre

von Geh.-Rat Prof. Dr. **Ed. Sonnenburg** und Oberarzt Dr. **Rich. Mühsam.**

1908. Zweite Auflage. Mit 87 Textfig. Gebd. 3 M.

(Bibliothek v. Coler-Schjerning XV. Compendium der Verband- und Operationslehre. I. Teil. Zweite Auflage).

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechst. Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 35 St. Petersburg, den 30. August (12. September). 1908.

Neuere Medicamente in der Augenheilkunde.

Von

Dr. G. Ischreyt. Libau.

Vortrag, gehalten auf dem I. Kurländischen Aerztetag in Mitau.

M. H.! Wenn ich es versuchen will, eine kurze Uebersicht über die medicamentösen Augenheilmittel der letzten Jahre zu geben, möchte ich vor allem darauf hinweisen, dass sich das Thema nicht in abschliessender Weise behandeln lässt. Es geht wie mit der Geschichte der Gegenwart, deren Anfänge oft weit zurückreichen und deren Tatsachen erst die Zukunft richtig einschätzen mag. Vieles, was uns heute wichtig erscheint, sinkt vielleicht schon morgen in Vergessenheit, und andererseits können wir leicht bedeutsame Anfänge übersehen.

Es ist auch keineswegs so leicht, sich in der Literatur dieses Gegenstandes zurechtzufinden und sich aus ihr eigne Urteile zu bilden. Die praktische Erforschung neuer Heilmittel ist meines Erachtens ein ganz besonders schwieriges Gebiet. Um darin wahre Erfolge zu erzielen, genügen weniger als anderswo ein grosses Krankenmaterial und gute Kenntnisse, sondern der Forscher muss über eine ganze Reihe hervorragender Eigenschaften verfügen, von denen keine zu sehr auf Kosten der anderen entwickelt sein darf. Hieraus ergiebt sich, dass wir uns beim Studium der Literatur mehr oder weniger an einzelne Autoren halten müssen, die wir im Besitze jener Eigenschaften wissen. Nur so gelingt es, uns in den widersprechendsten Ansichten zurechtzufinden.

Ich habe meiner Uebersicht die Literatur der letzten 5 Jahre zu Grunde gelegt, hier und da aber auch auf ältere Arbeiten zurückgegriffen. Von den zahllosen Mitteln habe ich nur diejenigen berücksichtigt, die einen dauernden Wert zu besitzen scheinen.

Die Natur des Auges bedingt es, dass Desinficientien in der Ophthalmologie lange nicht die Rolle spielen, wie in anderen medicinischen Disciplinen und das gilt ganz besonders von ihrer Anwendung vor Operationen und während derselben, wo sie nahezu verpönt sind. Aber auch bei der Behandlung eitriger Entzündungen, etwa der Conjunctiva und Cornea können desinficierende Flüssigkeiten stärkerer Concentration kaum angewandt werden, da sie leicht eine Schädigung der Cornea herbeiführen. In der Literatur der letzten Jahre finden sich bemerkenswerte Angaben nur über ein Desinficiens, nämlich das Wasserstoffsuperoxyd. Trotzdem dieses Mittel bereits seit vielen Jahren bekannt war und auch von einzelnen Aerzten empfohlen wurde, blieb seine Anwendung nur ganz vereinzelt. Erst als es Merck gelungen war, in seinem Hydrogenium peroxydatum purissimum ein säurefreies und haltbares Präparat herzustellen, war ihm eine grössere Zukunft gesichert. Huss hat das Präparat zuerst in seiner Wirkung auf das Auge studiert. Zunächst bestätigte er durch Versuche am Kaninchenauge die katalytische Wirkung tierischer Gewebe und Flüssigkeiten auf das Wasserstoffsuperoxyd, die ja für seine Nutzanwendung massgebend ist. Dann stellte er weiter fest, dass von verschiedenen Teilen des Auges das Hornhautparenchym und die Linse am wirksamsten seien, während Kammerwasser, Tränenflüssigkeit und Glaskörper sich indifferent verhielten. Wurde 2 pCt. Wasserstoffsuper-

oxyd subconjunctival injiciert, fand ein Uebertritt von Sauerstoffbläschen in die vordere Kammer statt. In baktericider Hinsicht erwies sich eine 3 pCt. Lösung als ebenso wirksam wie eine $^1/_{10}$ pCt. Sublimatlösung. Klinisch fand Huss, dass 1–3 pCt. Lösungen am besten wirkten und erzielte gute Erfolge bei Tränensackerkrankungen und bei traumatischen Hornhautgeschwüren, indem hier durch die Gasentwicklung und Schaumbildung eine mechanische Reinigung des Grundes erreicht wurde. Auch war es gut zur Blutstillung bei Operationen zu brauchen. Lewtschenko hat später die Angaben von Huss im Grossen und Ganzen bestätigt.

Seitdem Stilling 1889 zuerst auf die antiseptischen Eigenschaften der Anilinfarbstoffe aufmerksam gemacht hatte, sind dieselben vielfach und auch in den letzten Jahren für die Augenpraxis empfohlen worden. Gegenwärtig zählen sie aber nur noch wenige Anhänger, (Prioux, Dargein).

Wir verlassen jetzt die Gruppe der Desinficientien und wenden uns den Adstringentien zu. Schon hierbei gewahren wir, wie eine Einteilung der Heilmittel nach ihrer Hauptwirkung etwas ausserordentlich Gezwungenes hat, denn die sogleich zu besprechenden organischen Silberverbindungen vereinigen in sich adstringierende mit desinficierenden Eigenschaften. Sie bilden gewissermassen einen natürlichen Uebergang zu den reinen Adstringentien. — Die Erkenntnis, dass metallisches Silber eine bedeutende baktericide Eigenschaft besitzt ohne das tierische Gewebe zu beeinflussen, veranlasste Credé und Andere Ersatzmittel für das Arg. nitricum zu suchen, die bei geringerer Reizung eine grössere Tiefenwirkung ausüben könnten. Das führte zur Entdeckung der Verbindungen des Silbers mit Milchsäure (Actol), mit Citronensäure (Itrol) und vielen anderen Präparaten. Auf drei von ihnen soll hier näher eingegangen werden, da sie in der Ophthalmotherapie eine gewisse Bedeutung erlangt haben.

Das 1892 von Eichengrün entdeckte Protargol ist eine Verbindung des Silbers mit einem Proteïnstoffe und enthält 3 pCt. Silber. Darier führte es in die Augenheilkunde ein. Es erwarb sich bald viele Anhänger, da es weniger reizt als Höllenstein und mindestens ebenso desinficierend wirkt. Es wird in 5 bis 20proc. Lösungen bei eitriger Conjunctivitis und Dacryocystoblennorrhoe und bei der Blennorrhoeprophylaxe gebraucht. Von grosser Wichtigkeit aber ist es, dass die Lösungen mit kaltem Wasser und stets frisch bereitet werden (Pfalz, Steinkühler).

Eine nahezu vollständige Reizlosigkeit scheint dem Argyrol zuzukommen, einer 30 pCt. Silber enthaltenden Eiweissverbindung. In den letzten Jahren ist es mehrfach durch englische Autoren als 20–30proc. Lösung empfohlen worden (Hinshelwood, Bruns, Standish). Standish wendet es dabei in sehr eigentümlicher Weise an: er umgiebt nämlich das Auge mit einem Kittwall, füllt den Raum über den geschlossenen Lidern mit der Argyrollösung und lässt sie 15 bis 20 Minuten lang einwirken.

Das Kollargol, welches fast reines metallisches Silber darstellt, wird in 1–5 pCt. Lösungen oder in Salbenform gebraucht und reizt ebenfalls nicht. Empfohlen wird es besonders von Godts, Meyer, Schanz und neuerdings von Pawlow. Meyer empfiehlt es besonders zur Behandlung infectionsverdächtiger Wunden, indem er das Wasser des Crédeschen hydropathischen Itrolverbandes durch eine eiweisshaltige Kollargollösung (1:1000) ersetzt. Wichtig ist, dass er nie Hornhauttrübungen bei der Anwendung dieser Mittel beobachtet hat. Von Pawlow ist Kollargol auch intravenös eingesprizt worden.

Zu erwähnen ist noch das Ichthargan, dass in Kubly einen Fürsprecher bei der Therapie der Conj. chron. und des Trachoms erhalten hat.

So vortrefflich die Wirkung der genannten organischen Silberverbindungen unter Umständen ist, das altbewährte Argent. nitricum haben sie nicht verdrängen können. Ihre Indication ist recht wenig umfangreich geblieben und beschränkt sich hauptsächlich auf eitrige Conjunctivitiden im allerersten Stadium, wo sie durch ihre gute antiphlogistische und baktericide Wirkungsweise am Platze sind. Sie vermögen aber, wie Darier sagt, das acute Stadium nur in das subacute überzuführen und versagen dann wegen Mangels adstringierender Eigenschaften. Hier kommt das Arg. nitricum wieder zu seinem Rechte. Die organischen Silberverbindungen werden ferner in jenen Fällen anzuwenden sein, wo die Entstehung eines Ulcus corneae die Anwendung des Höllensteins contraindiciert. Endlich kommt es bisweilen vor, dass eine Conjunctiva Argent. nitricum-Beizungen nicht verträgt, und hier wird man ebenfalls zu einem jener Ersatzmittel greifen müssen.

Von den neueren Adstringentien, die nicht zur Silbergruppe gehören, möchte ich noch das citronensaure Kupfer erwähnen. Es wurde von Arlt als hervorragendes Mittel gegen Trachom empfohlen und von Bock in seiner günstigen Wirkung bestätigt. Auch Krotow stellte in der Klinik Belljarminows Versuche damit an und hatte gute Erfolge. Die Anwendung geschieht in der Form von Pulvern (5–10 pCt.), von Salbe (5—20 pCt.), von Stäbchen (10—20 pCt). und von Augenwasser.

Eine grosse Bedeutung kommt meiner Meinung nach dem Airol zu, das Snellen in seiner Abhandlung über augenärztliche Heilmittel ebenfalls zu den Adstringentien stellt. Bekanntlich wirkt diese Jodverbindung in der Weise, dass sich das Jod abspaltet. Bernheimer hat es im Jahre 1906 sehr warm zur Behandlung der Gonoblennorrhoe empfohlen und wendet es in der Weise an, dass er 2—4 mal täglich reichliche Mengen des Pulvers in den Bindehautsack bringt. Ich habe seit jener Publikation eine ganze Reihe von Blennorrhoe neonat. mit Gonococcenbefund nach dieser Methode behandelt und in allen Fällen ohne Ausnahme eine so schnelle Bsserung und Heilung erzielt, wie es sonst nicht der Fall war. Sehr gute Wirkungen sah ich auch von einer Massage mit 10 pCt. Airolsalbe bei chronischen Trachomfällen, und es ist naheliegend, sich der günstigen Resultate zu erinnern, die Schiele bei derselben Krankheit mit anderen Jodpräparaten gehabt hat.

Die Gruppe der Nebennierenpräparate ist infolge ihrer gefässverengernden Wirkung ebenfalls hier zu besprechen. Für die Behandlung von Augenkrankheiten sind sie ziemlich ohne Bedeutung geblieben. Zusätze zu Tropfwässern setzen allerdings eine katarrhalische Blutüberfüllung der Conjunctiva herab, doch lässt sich kein günstiger Einfluss auf den Verlauf des Leidens feststellen. Einen sehr grossen Wert besitzen das Adrenalin und Suprareninum hydrochloricum, die beiden populärsten Präparate, in Verbindung mit Anästheticis zur subcutanen und subconjunctivalen Injection bei Augenoperationen. Ich kann aus eigener Erfahrung die Beobachtungen Anderer bestätigen, dass bei sonst so blutigen Operationen, wie den Tränensackexstirpationen, eine nahezu vollkommene Blutleere eintritt.

Auch habe ich Nachblutungen, die dem Nebennierenpräparat zugeschrieben werden müssten, nicht gesehen. Bei Trichiasis- und Tränensackoperationen genügt, es auf 10,0 Cocainlösung 1,0 Adrenalin (1:1000) zu nehmen.

Aus der Gruppe der Relaxantia sind 2 Mittel zu nennen, die zwar nicht der neuesten Zeit angehören, aber immerhin in den letzten Jahren genauer erforscht worden sind. Das eine von ihnen ist das Dionin, ein Morphinderivat. Es ist Wolffbergs Verdienst, seine Bedeutung für die Augenheilkunde erkannt zu haben. Die Versuche Buffalinis mit Peronin (ebenfalls einem Morphinpräparat) veranlassten Wolffberg zu weiteren Forschungen auf diesem Gebiet und führten zur Entdeckung der lymphtreibenden Wirkung des Dionin. Als Ausdruck derselben beobachtet man am Auge eine wallartige Chemosis der Conj. bulbi und eine ödematöse Lidschwellung. Auf die Iris wirkt das Mittel im Sinne einer geringen Pupillenverengerung, die Tension des Bulbus ist häufig herabgesetzt. Dionin wirkt ausserdem schmerzstillend und verstärkt die Wirkung des Atropin und Cocain. Die Indicationen ergaben sich Wolffberg aus der Wirkungsweise, und er empfiehlt die Anwendung des Mittels in Pulverform oder als Tropfen bei Cornea- und Skleraverletzungen, bei Corneainfiltraten, bei parenchymatöser Keratitis, bei recidivierender traumatischer Hornhauterosion, bei Iritis u. s. w. Die lymphtreibende Wirkung des Dionin erklärt sich Wolffberg durch einen specifischen Reiz, den es auf die Gefässendothelien ausübt, eine Hypothese, die in der Folgezeit durch Tierversuche Luniewskis gestützt wurde. Es ist verständlich, dass ein Mittel von so bedeutsamer Wirkung seit Wolffbergs erster Publikation vom Jahre 1899 eine ganze Flut von Arbeiten hervorgerufen hat. Im Grossen und Ganzen wird das bestätigt, was in den ersten Arbeiten bereits enthalten war. Neu war unter anderem die Erkenntnis, dass Arteriosklerose eine Contraindication abgebe (Luniewski, Königstein). Da die klinische Anwendung des Dionin zur Resorption entzündlicher Produkte bisher keine exakte Begründung erfahren hatte, regte Axenfeld Experimente in dieser Richtung an. Sein Schüler Mc Kee injicierte Kaninchen, Katzen und Hunden Tusche in die vordere Kammer und behandelte einen Teil der Augen mit 10 pCt. Dionineinträufelungen. Das Ergebnis war, dass die Dionineinträufelungen die Resorption der Tusche in bedeutendem Masse beschleunigten, doch war das nur bei denjenigen Tierarten festzustellen, bei denen eine Chemosis auftrat. Beim Kaninchen, wo das nicht der Fall ist, blieb auch die Wirkung aus. Wir haben also in dem Auftreten der Chemosis ein Anzeichen für die Wirkung zu sehen. Axenfeld konnte sich auch durch klinische Beobachtungen von der starken Resorptionskraft des Dionin überzeugen. Er empfielt es warm bei exsudativen Prozessen in der vorderen Kammer, dann auch wegen seiner schmerzstillenden Wirkung bei allen Hornhauterkrankungen, bei denen Cocain contraindiciert ist.

Das zweite Reizmittel, das hier Erwähnung finden soll, ist das Jequiritol. Aufgüsse auf Jequiritysamen, die ein jahrhundertealtes Volksheilmittel der Brasilianer darstellen, sind bereits von de Wecker im Jahre 1882 zur Erzeugung einer alte Pannustrübungen aufhellenden Ophthalmie empfohlen worden. Trotzdem damit gute Erfolge zu erzielen waren, gewann sich das Verfahren keine Freunde, da die Unmöglichkeit der Dosierung gelegentlich schwere Vereiterungen zur Folge gehabt hatte. Nun gelang es endlich Merck, nach den Angaben Römers die wirksame Substanz der Jequiritysamen darzustellen und dem Kliniker in dem sogenannten Jequiritol ein auf seine physiologische Wirkung genau abgestimmtes Mittel in die Hand zu geben. Dasselbe kommt in vier verschieden starken Lösungen in den Handel. Nr. I ist so bemessen, dass 0,01 ccm. bei subcutaner Injection eine weisse Maus von 20 gr. sicher in 4 Tagen tötet. Nr. II wirkt 10 mal so stark wie Nr. I, Nr. III 10 mal so stark als Nr. II, Nr. IV 5 mal so stark als Nr. III. Um nun Hornhauttrübungen aufzuhellen, träufelt man, mit der schwächsten Lösung beginnend, alle 24 Stunden einen oder mehrere Tropfen in den Conjunctivalsack, bis die beabsichtigte Entzündung der Conjunctiva und die seröse Durchtränkung der Cornea auftritt. Ist die Entzündung abgeklungen, ruft man eine zweite hervor und so mehrere mal, bis die grösstmögliche Aufhellung erreicht ist. Römer gelang es, auf diese Weise den Visus von Fingerzählen dicht vor dem Auge bis auf $^3/_4$ des Normalen zu bringen und das in 2—3 Wochen. Um nun eine unter Umständen zu stark ausfallende Jequiritolwirkung abzuschwächen, hat Römer dann weiter ein Serum nach dem Behringschen Prinzip von immunisierten Tieren herstellen lassen, das in den Conjunctivalsack eingeträufelt oder subcutan eingespritzt werden kann. Die Römersche Methode ist in der Folgezeit vielfach nachgeprüft worden, und die Autoren scheinen darin einig zu sein, dass man Aufhellungen alter Hornhauttrübungen in eclatanter Weise erzielen kann. Allerdings ist die Wirkung sehr ungleich und oft negativ, was man mit Königshöfer auf die noch bestehende Unsicherheit in der Indicationsstellung zurückführen kann. Auch sind von verschiedener Seite unliebsame Complicationen beschrieben worden, Tränensackentzündung (Best, Salffner u. And.), Lidabscess (Krauss) und Hornhautgeschwüre. Das mahnt zur Vorsicht, und ich stimme Seefelder vollkommen bei, wenn er diese Therapie nur ausnahmsweise ambulatorisch anwenden will. Die Handhabung des Mittels ist trotz aller Vorschriften nicht so ganz einfach, und man muss die Kranken in seiner klinischen Ueberwachung haben, wenn man sicher gehen will.

Wenn wir jetzt zur therapeutisch so wichtigen Gruppe der Mydriatica und Miotica übergehen, müssen wir vorausschicken, dass hier keines der neueren Präparate die älteren Mittel hat verdrängen können. Das Bedürfnis nach Ersatzmitteln des Atropins, Scopolamins etc. erklärt sich durch deren Giftigkeit. Andererseits entstand auch der Wunsch nach Mitteln, die wohl eine vollständige Mydriasis resp. Accomodationslähmung hervorrieten, aber von einer möglichst kurzen Wirkungsdauer seien. So sind dem mit mehr oder weniger Wärme das Eumydrin, Methylatropinbromid, Euphthalmin u. s. w. empfohlen, von anderer Seite wieder in ihrer Brauchbarkeit herabgesetzt worden, so dass sich fürs erste kein abschliessendes Urteil bilden lässt.

Günstiger liegen die Verhältnisse bei den Ersatzmitteln des Cocain. Dass dieses wichtige Anästheticum, ohne welches eine moderne Augentherapie garnicht mehr denkbar ist, schlimme Nebenwirkungen ausübt, ist längst bekannt. Als Letzter hat noch Masugi im Uhthoffschen Laboratorium an Kaninchen festgestellt, dass das Cocain auf die Heilung von Hornhautwunden hemmend wirkt, indem es die Karyokinese verzögert. Ferner ist es ja allgemein bekannt, wie das Cocain infolge seiner pupillenerweiternden Wirkung ungünstig auf glaukomatöse Zustände einwirken kann. Das Stovain ist nach de Lapersonne, Woskressenski und Raimoni weniger giftig als das Cocain und empfiehlt sich daher zur subcutanen und subconj. Injection bei Augenoperationen in $^1/_2$—1 pCt. Lösung. Als Tropfwasser ist es weniger zu empfehlen, weil es Schmerzen, conjunctivale Hyperämie und Abstossung des Corneaepithels verursacht.

Das Novocain wird von einer grossen Reihe Autoren günstig beurteilt (Braun, Best, Kubly, Wicherkiewicz u. A.). Es ist viel weniger giftig

als Cocain, wirkt in den gebräuchlichen Concentrationen nicht auf Pupille und Accomodation, und verträgt wiederholtes Kochen. Nach Schlüter wirkt es eingeträufelt nicht so intensiv und so anhaltend wie Cocain, lässt sich aber in 10 pCt. Lösung und mit Zusatz von Suprarenin zu kleineren Operationen wohl verwenden. Bei der Infiltrationsanästhesie wirken 1—2proc. Lösungen ebenso gut wie Cocain. Auch das Alypin hat viele Anhänger gefunden, (ich nenne nur Gebb, v. Sicherer, Hummelsheim, Neustätter, Zimmermann). Man rühmt ihm ungefähr dieselben Eigenschaften wie dem Novocain nach. Es soll das Hornhautepithel nicht angreifen und ist auch billiger wie Cocain. Trotz einiger gegenteiligen Aeusserungen scheint mir das Alypin subjectiv unangenehmer zu wirken wie das Cocain, jedenfalls sind mir häufige Klagen von Seiten der Patienten über starkes Brennen aufgefallen. Kublys Arbeit war mir nicht im Original zugänglich; nach einem Referat schreibt er dem Alypin eine Blutungen begünstigende Wirkung zu, das würde mit einer Beobachtung Hummelsheims übereinstimmen, wonach die Einträufelungen bei manchen Kranken eine ziemlich lange anhaltende Gefässerweiterung hervorrufen.

Ich bin am Ende meiner Uebersicht angelangt und hoffe dargetan zu haben, dass die letzten Jahre uns auch auf dem Gebiete der Augenmedikamente nennenswerte Fortschritte gebracht haben. Die Kürze der Zeit hat es allerdings nicht erlaubt mehr ins Einzelne zu gehen und mancher von Ihnen, meine Herren, wird vielleicht in dieser Zusammenstellung ihm liebgewordene oder interessant erscheinende Mittel vermisst haben. Auch wird er vielleicht in der Bewertung des einen oder anderen Mittels nicht ganz mit mir übereinstimmen. In diesem Falle bitte ich, zu bedenken, dass die Therapie vielleicht die subjectivste Seite der Medicin ist und dass es demjenigen am schwersten fallen muss, Vorgänge objectiv aufzufassen, an denen er selbst beteiligt ist.

Zur Therapie der subphrenischen Abscesse.

Von

Dr. O. Brehm, Libau.

(Vortrag, gehalten auf dem I. Kurländischen Aerztetage am 11. Mai 1908 in Mitau).

M. H.! Der subphrenische Abscess ist ein Krankheitsbild, welches dem praktischen Arzt wenig geläufig ist, denn das Leiden ist ja zum Glück recht selten und seine Geschichte ist nicht alt, kaum älter als 30 Jahre, ein Beweis, dass es sich nicht um auffallende, charakteristische Bilder handeln kann, denn sonst hätten sie nicht so lange verborgen bleiben und verkannt werden können. Erst Leyden hat die Krankheit in ihrem Wesen erkannt und ihr den ihr gebührenden selbständigen Platz angewiesen. Eigentlich ist ja ein subphrenischer Abscess nichts weiter als eine abgekapselte Peritonitis, die von den verschiedensten Organen der Bauchhöhle ausgehen kann. Die extraperitoneal beginnenden, meist von der Niere ausgehenden Eiterungen, die sich dann zwischen Diaphragma und Peritoneum diaphragmaticum ausbreiten können, das letztere abhebend und vor sich herschiebend, lasse ich unberücksichtigt. Der Ausgangspunkt der Entzündung steht aber für den Praktiker hier nicht im Vordergrunde des Interesses, sondern ihr Gepräge erhält die Krankheit von ihrer eigenartigen Lokalisation, nach der sie auch benannt ist: „die subphrenische Eiterung“. Das alte „ubi pus, ibi evacua!“ gilt auch voll und ganz für diese seltenen Eiterungen, aber die ungemein complicierten anatomisch-topographischen Verhältnisse des Subphreniums erschweren die Diagnostik ganz ausserordentlich, und auch die Therapie gestaltet sich meist zu einer sehr heiklen. Das „Subphrenium, selbst ein Teil der Bauchhöhle hat die innigsten Beziehungen nicht nur zu den Pleurahöhlen sondern auch zum Pericardialraum. Das Zwerchfell ist unten vom Peritoneum, oben von den beiden Pleuren und dem Pericard bedeckt. Diese intime Nachbarschaft der 4 Leibeshöhlen zu einander, die ja alle sehr zu Entzündungen neigen, involviert schon an sich unangenehme Complicationen, denn das Diaphragma ist leider gar kein zuverlässiger Damm gegen die Infection der Nachbarhöhle. Vor allem aber werden die Schwierigkeiten der Diagnose und Therapie bedingt durch die eigentümliche Lage des subphrenischen Raumes, der, wohl ein Teil der Bauchhöhle, doch zum grossen Teil innerhalb des Thorax liegt und gleichsam mantelartig von den untersten Teilen der Pleurahöhlen umfasst wird. Die Pleurahöhle senkt sich ja tief hinunter bis zum unteren Rippenbogen, wenn auch nur als Complementärraum, der keine Lunge enthält, aber der subphrenische Raum erhebt sich andererseits mit dem Zwerchfell hoch in den Thorax bis zum IV. Intercostalgelenk und höher. Der subphrenische Raum stösst also nirgends direkt an die Bauchwand, sondern immer schiebt sich die Pleurahöhle zwischen, diese Schwierigkeit müssen wir sowohl bei der Untersuchung als auch bei der Operation im Auge behalten. Ein leerer freier Raum ist das Subphrenium ebensowenig wie die Pleurahöhle, sondern in die hohe, gewölbte Zwerchfellkuppel ist ja eine ganze Menge von Bauchorganen eingeschachtelt, die Leber, der Magen, das Pancreas, das Dendenum die Milz, die Nieren. Der Raum zwischen allen diesen Bauchorganen einerseits und dem Zwerchfell andererseits ist eben der subphrenische, und wie vielgestaltig er ist, wie viele Buchten, Taschen und Recessus er hat, das ist klar, wenn man an die ungleiche Oberfläche, an die verschiedenen Füllungszustände und Lageänderungen all' der verschiedenen Organe denkt — hier ist das wahre Eldorado für die Ansiedelung von pathogenen Keimen. — Durch das ligamentum suspensorium hepatis zerfällt das Subphrenium in eine rechte und eine linke Hälfte und zwar nicht nur rein anatomisch, denn diese von hinten nach vorne zwischen Diaphragma und Leberconvexität ausgespannte Scheidewand pflegt auch von Eiter nicht durchbrochen zu werden. Daraus erklärt sich die Tatsache, dass die subphr. Eiterungen fast immer einseitig sind. Der rechte subphrenische Raum ist also ganz einfach, es ist der Spaltraum zwischen der Leberconvexität und Zwerchfellconcavität, beide passen so glatt und genau in einander, wie ein Gelenkkopf in seine Pfanne, so dass die Leber sogar durch Luftdruck in ihrem Lager hängt. Das rechte Subphrenium wäre also gleichsam ein luftleerer Gelenkspalt. Erst durch die Ansammlung von Eiter, resp. Fäulnisgasen würde der Spaltraum ausgedehnt werden. Der linke subphrenische Raum ist natürlich viel complicierter, hier begrenzen ihn nach unten: linker Leberlappen, Magen, Duodenum, Pancreas, Milz und linke Niere. — Gegen die freie Bauchhöhle schliesst sich bei Eiterungen das Subphrenium sehr schnell und zuverlässig durch Adhäsionen und Verklebungen ab, das Querkolon mit der Netzschürze bildet den Damm gegen die freie Bauchhöhle. Einer sehr wichtigen anatomischen Tatsache muss noch Erwähnung geschehen, es ist das Verhalten des diaphragmatischen lymphatischen Apparates. Wie Küttner überzeugend nachgewiesen hat, ist das Peritoneum dia-

phragmaticum sehr reich an Lymphgefässnetzen und zwar sind die Lymphgebiete beider Seiten ganz selbständig und durch das Ligam. suspensorium hepatis streng separiert. Dagegen bestehen überall Verbindungen mit den Lymphgebieten der Pleurae diaphragmaticae, die Lymphe des Subphreniums wird durch das Zwerchfell hindurch zu endothorakalen Drüsen geführt. Hieraus erklären sich zwei Beobachtungen: 1) dass eine subphrenische Eiterung fast immer auf ihre Seite beschränkt bleibt, 2) dass ein subphrenischer Abscess fast immer die Brusthöhle der betr. Seite in Mitleidenschaft zieht, indem die Pleura auf dem Lymphwege von der Bauchhöhle aus inficiert wird. Damit stimmt auch die Beobachtung, dass die Infektion der Pleurahöhle immer um einige Grade milder erscheint als die des Subphreniums. Findet sich im Subphrenium z. B. Jauche, so enthält die Pleura nur Eiter, ist das subphrenische Exsudat eitrig, so ist das pleuritische nur trüb-serös oder filtrinös. Das subphrenische Exsudat wird gleichsam durch die Lymphnetze des Zwerchfells filtriert (Küttner).

Fassen wir nun die Aetiologie der subphrenischen Eiterung ins Auge, so kann letztere von allen möglichen Organen ausgehen, aber man kann nicht sagen, dass diese Organe durchaus im Subphrenium oder auch nur in der nächsten Nachbarschaft desselben zu liegen brauchen, die weitaus häufigste Ursache giebt der Wurmfortsatz ab. Mithin scheint das Subphrenium so zu sagen ein bevorzugter Teil der Bauchhöhle zu sein für die Lokalisation von Eiterungen, ähnlich wie der Douglas, und das ist auch so. Meisel weist darauf hin, dass sich Abscesse in der Bauchhöhle mit Vorliebe am Peritoneum parietale lokalisieren, weil dieses mangelhafter resorbiere, während das Peritoneum visecrale infolge seines kolossalen Gefässreichtums infektiöses Material viel schneller und energischer aufsauge.

Erfolgt also vom Wurmfortsatz oder vom Magen aus eine plötzliche Infektion der ganzen Bauchhöhle mit frischem Material, so saugen Netz- und Darmschlingen gierig wie ein Schwamm alles auf, wo aber das Peritoneum parietale abgelegene, stille Buchten bildet, wie im Subphrenium und im Douglas oder auf den Darmbeinschaufeln, — da stagniert das infektiöse Material und es kommt zur Abscessbildung. Es ist wie nach einem Platzregen, der anfangs alles überflutet, bald aber sieht man nur noch einzelne Pfützen da, wo der Boden nicht saugen will. Solche Partien, die nicht recht saugen wollen, liegen gleichsam in der ganzen Peripherie der Bauchhöhle in Form eines Ringes, der von dem einen subphrenischen Raum beginnt, von da abwärts zur Fossa iliaca und in den Douglas zieht und von hier zur jenseitigen Fossa iliaca und dem anderen subphrenischen Raum zieht. Kommt es nach intraperitonealen Entzündungen zur Eiterung, so finden wir fast immer den Eiter an einer oder mehreren Stellen dieses Ringes, es giebt auch Fälle, wo der ganze Eiterring fast geschlossen ist. Während nun aber solche Eiterdepots sonst nicht schwer nachweisbar sind und leicht zu eröffnen, so entziehen sie sich im Subphrenium viel mehr dem Nachweis aus den oben erwähnten Gründen. Auf die Symptomatologie will ich nicht eingehen, es ist ja auch klar, dass es sich hier um eindeutige, typische Krankheitsbilder nicht handeln kann, die Bilder müssen ja sehr mannigfach sein, je nachdem, wo sich der Abscess lokalisiert, ob er langsam auftritt, ohne die übrige Bauchhöhle zu tangieren, oder ob er gleichsam als Residuum einer anfänglichen Ueberschwemmung der ganzen Bauchhöhle sich bemerkbar macht, — ob er auf Grundlage einer Appendicitis, eines Magengeschwürs oder einer Pancreaseiterung entsteht. Kurz gesagt, es ist das eben Bild einer abgesackten Peritonitis.

Auch bezüglich der Diagnostik ist es nicht wichtig, erschöpfend auf Einzelheiten einzugehen, hier gilt vor allem die Forderung, dass man in einschlägigen Fällen immer auch an einen subphrenischen Abscess denkt und ihn frühzeitig sucht, unter dieser Voraussetzung ist die Diagnose eigentlich gar nicht besonders schwierig. Wir dürfen uns nur nicht auf einen bestimmten Symptomenkomplex kaprizieren, sondern uns immer die Anamnese vor Augen halten, sie lenkt uns am besten zur Deutung der oft recht heterogenen Bilder. Man darf sich natürlich nicht damit begnügen, mit einer Pravazschen Nadel hie und da etwas einzustechen; um kleine subphrenische Eiterherde zu entdecken, muss man oft sehr tief mit langer Nadel suchen. Das charakteristische positive Ergebnis besteht meist darin, dass wir zuerst bei oberflächlicher Punktion seröses oder trübseröses Exsudat bekommen, — es stammt aus der Pleura, — dann, bei tieferem Einstechen, quillt die meist flüssige, mistfarbene subphrenische Jauche nach. Bei grossen Eiterherden braucht man nicht tief zu stechen, das Diaphragma ist dann durch den Eiter stark empor und an die Brustwand gedrängt, der Complementärraum der Pleura wird ganz komprimiert, seine Blätter verkleben miteinander und es kann so ein echtes Empyem vorgetäuscht werden. Früher sind die subphrenischen Abscesse stets als Empyeme operiert worden.

Die Therapie kann natürlich nur eine operative sein, weder können wir darauf hoffen und warten, dass der Eiter vielleicht spontan in den Magendarmkanal durchbricht, noch hat es einen Sinn, den Eiter mit der Spritze zu aspirieren, solche Experimente kosten dem Patienten fast unfehlbar das Leben. Haben wir durch die Punktion die Diagnose sichergestellt, so müssen wir sofort operieren. Unser Weg führt in der Regel durch die Pleura. Es ist selten, dass der Abscess sich soweit nach unten ausdehnt, dass er unterhalb des Rippenbogens eine Angriffsfläche bietet, und selbst wenn es der Fall ist, so ist es noch fraglich, ob wir diesen Punkt wählen sollen, denn ein vorn eröffneter subphrenischer Abscess hat keine guten Abflussbedingungen. Ich habe das in einem Falle beobachten können, wo ich zuerst wegen einer schweren Leberruptur laparotomiert hatte. Die zertrümmerte Leberpartie wurde breit tamponiert. Die Blutung stand, doch im weiteren Verlauf fing die Wunde unter starkem Gallenfluss an zu eitern, und obwohl der Zugang breit war, war der Abfluss des Eiters ungenügend, und es bildete sich ein veritabler subphrenischer Abscess, der erst ausheilte, als ich hinten durch die Pleura hindurch die Höhle freilegte und drainierte. Jegliche Controverse hierüber wäre wohl hinfällig, wenn man nicht bei dem Eingehen von hinten eben die Pleurahöhle eröffnen müsste. In den meisten Fällen ist sie ja allerdings schon inficiert, aber sie ist oft nur leicht inficiert und zuweilen gar nicht inficiert. Einen ev. Pneumothorax brauchen wir nicht zu fürchten, auch wenn wir ohne die Sauerbruchsche Kammer operieren. Schon Maydl fiel es auf, dass in diesen Fällen fast nie Luft in bemerkenswerter Menge aspiriert wird, das durch den Eiter in die Höhe gedrängte Diaphragma legt sich eben so glatt und fest an die Pleura costalis und ist selbst durch die Entzündung so wenig inspiratorisch tätig, dass die Druckdifferenz nicht genügend ist, um Luft anzusaugen. Unangenehmer ist schon die Gefahr, dass nach Incision des Zwerchfells der hervorbrechende Eiter die Pleurahöhle schwer inficiert. Man sucht sich dagegen zu schützen, indem man nach Eröffnung der Pleurahöhle die Ränder der Pleura costalis mit dem Diaphragma vernäht und erst, nachdem so die Brusthöhle abgeschlossen ist, den Schnitt durch das Diaphragma anlegt. In praxi scheint einerseits die Gefahr der Infection übertrieben, anderseits ist diese Naht der zarten Pleura keineswegs einfach, die dünne, spröde Membran reisst bei jedem Stich, so dass von einem bakterienfesten Abdichten kaum die Rede sein kann,

— es sei denn, man operiert zweizeitig und wartet mit der Eröffnung des Abscesses, bis die Nahtlinie ordentlich verklebt ist, — ein kaum zu rechtfertigendes Vergehen. Statt dieser Naht kann man einfacher das Loch in der Pleura tamponieren und gleich den Abscess eröffnen. Ist der Abfluss gut garantiert, so wird die Pleura schwerlich inficiert. Haben wir nur im mindesten den Verdacht, dass das pleuritische Exsudat sich auch schon zu zersetzen anfängt, so ist dieses Vorgehen das einzig richtige, und nur dadurch können wir das entstandene Empyem gleichsam coupieren. In jedem Fall aber muss man möglichst am tiefsten Punkt incidieren, sowohl wegen des besseren Abflusses, als auch weil man da nur durch den Complementärraum zu dringen braucht und mit der Lunge wenig in Collision gerät. Man ist jedesmal erstaunt, wie ausgezeichnet man durch die relativ kleine Oeffnung im Zwerchfell den subphrenischen Raum übersehen kann, trotz der starken Adhäsionen und peritonitischen Schwarten erkennt man die vorliegenden Bauchorgane ausgezeichnet und kann die Höhle bequem versorgen, ohne viel herumzuwischen und zu spülen. Die Nachbehandlung gestaltet sich einfach, die Höhlen schliessen sich ziemlich schnell, so dass man die Drainage bald ganz fortlassen kann, und der in der Regel sehr mitgenommene Kranke erholt sich ausgezeichnet.

Die Prognose der Krankheit bei operativer Behandlung ist nicht so ungünstig. Schon Maydl berechnete 50% Heilung, — das gilt heute bestimmt nicht mehr, Körte z. B. verlor nur 1/3 seiner Fälle. Dabei haben die nach Magenperforation auftretenden subphrenischen Abscesse die allerschlechteste Prognose, nämlich 50% Mortalität.

(Schluss folgt.)

Referate.

W. Telemann: Eine Methode zur Erleichterung der Auffindung von Parasiteneiern in den Faeces. Deutsche med. Wochenschr. 1908. № 35.

Verf. empfiehlt, aus verschiedenen Stellen der zu untersuchenden Faeces etwa 5 erbsengrosse Stücke zu nehmen und sie in einem Reagenzglase in einem Gemisch von Aether und reiner HCl zu gleichen Teilen zu lösen. Nach Filtrieren der Lösung durch ein feines Haarsieb centrifugiert man die Flüssigkeit 1 Minute, wobei sich in dem Centrifugiergläschen 3 deutlich von einander geschiedene Schichten bilden. Die oberste enthält die in Aether gelösten Fette, die mittlere bildet eine Aufschwemmung von Bakterienresten und Detritusmassen in der Säurelösung, die unterste, kleinste besteht aus in Aether und HCl unlöslichen Nahrungsresten und event. Parasiteneiern. Verf. giebt an, diese Methode in einer grossen Reihe von Fällen mit Erfolg angewandt zu haben. Wenn bei der gewöhnlichen Untersuchungsart in Taenien-verdächtigem Stuhl sich keine Parasiteneier nachweisen liessen, gelang es ihm, auf die erwähnte Weise im Centrifugat 10—15 Eier im mikroskopischen Gesichtsfeld zu constatieren und bei der Untersuchung von Menschen- und Tierfaeces auf Distomeneier konnten «entsprechend dem geringeren Gehalt an solchen» 2—5 Eier gefunden werden. Zur Erhöhung der Deutlichkeit des Präparats rät Verf., in manchen Fällen die beiden obersten Schichten des Centrifugats abzugiessen und die unterste nochmals in Aether + HCl oder in Wasser zu lösen und von neuem zu centrifugieren.

F. Dörbeck.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Bocquillon-Limousin, Dr. en pharmacie. Formulaire des médicaments nouveaux pour 1908. Paris. J. B. Baillières et fils. 1908 + 146 S.

Das bekannte kleine Büchlein von Bocquillon-Limousin erscheint in 20-ster Auflage, ergänzt und vervollkomnet und, ebenso wie die 10. Auflage, mit einem geistreichen Vorwort von H. Huchard versehen. Man kann wohl sagen, dass die Zusammenstellung der neueren Heilmittel — in alphabetischer Reihenfolge — erschöpfend ist. Bei jedem Mittel werden die physikalischen und chemischen Eigenschaften, Herstellungsweise, physiologische Wirkung und therapeutische Anwendungsweise kurz und klar angegeben. Zur besseren Uebersicht ist ein allgemeiner alphabetischer Index, ferner ein Verzeichnis derjenigen Mittel, die zum ersten Mal im Buch erscheinen, ein Verzeichnis der Synonyma und schliesslich noch ein Verzeichnis pharmaceutischer Specialpräparate mit Angabe der betreffenden Fabrikanten dem Werke hinzugefügt. Man kann das handliche Buch mit gutem Gewissen allen practischen Aerzten und Studenten der Medicin als ein zuverlässiges, nicht viel Zeit raubendes Nachschlagewerk bestens empfehlen. Druck und Ausstattung sind hübsch und sauber.

Fr. Dörbeck.

H. Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden für Studierende und praktische Aerzte. Fünfte umgearbeitete und ergänzte Auflage. Erste Hälfte (Seite 1—456). Leipzig und Wien. Franz Deutike 1908.

Die erste Hälfte der 5. Auflage dieses allgemein bekannten und geschätzten Lehrbuches hat eine durchgreifende Umarbeitung erfahren. Alle Kapitel sind einer genauen Revision unterzogen worden, einzelne sogar ganz neu hinzugekommen, so dass das Werk eine wesentlich andere Gestalt gewonnen hat. Der Stoff ist bedeutend vermehrt, und alle neue erschienenen Arbeiten auf diesem Gebiet sind in Betracht gezogen worden. In Folge dessen ist die Seitenzahl um ein Bedeutendes gestiegen, ebenso auch die Zahl der Abbildungen. — Das Erscheinen der 2. Hälfte ist noch in diesem Jahre zu erwarten.

Fr. Mühlen.

Friedrich Schauta: Die erweiterte vaginale Totalexstirpation des Uterus bei Kollumkarcinom. Mit 6 Abbildungen im Texte und 5 chromolithogr. Tafeln. Wien und Leipzig. Verlag von Josef Šafář. 1908.

In diesem Werk hat Prof. Schauta seine Erfahrungen über die von ihm seit 6½ Jahren geübte erweiterte vaginale Totalexstirpation bei Kollumkrebs dargelegt. Nach einem Vergleich der vaginalen und abdominalen Methode von allgemeinen Gesichtspunkten wird die Technik der erweiterten vaginalen Totalexstirpation genau beschrieben, die durch eine Reihe vorzüglich ausgeführter Tafeln erläutert wird. Darauf wird das eigene Material gesichtet, die Operations- und Dauererfolge behandelt. Im Kapitel über den absoluten Heilungsprocent sind auch Bemerkungen über Krebsstatistik hinzugefügt. Dann folgt ein Kapitel über die Bedeutung der regionären Lymphdrüsen bei Krebsoperationen und ein Bericht über 258 Fälle von erweiterter vaginaler Totalexstirpation bei Kollumkarcinom aus der Zeit vom Juni 1901 bis Juni 1907 und zwar 5-jährige bis einjährige Fälle und solche des letzten Beobachtungsjahres.

Obgleich, wie Prof. Schauta in der Schlussbetrachtung sagt, er nicht ganz der Ueberzeugung ist, ob seine Ausführungen im Stande sein werden, den Siegeslauf der abdominellen Operation bei Kollumkrebs schon derzeit abzulenken, so sollen dieselben doch zeigen, dass neben der mit Recht zu hoher Anerkennung gekommenen abdominellen Karzinomoperation auch die vaginale Methode nicht stehen geblieben ist, sich zeitgemäss reformiert und gebessert hat und schon jetzt mit ihren ersten Resultaten fünfjähriger Beobachtung hervortreten kann.

Das Werk schliesst mit dem Satz Winters als Mahnwort an die praktischen Aerzte: «Die Zukunft der chirurgischen Behandlung des Uteruskrebses liegt nicht in möglichst ausgedehnter, sondern in möglichst früh vorgenommener Operation».

Fr. Mühlen.

Protokolle des XIX. livländischen Aerztetages.

3. Sitzung.

Sonnabend, den 18. August, 10—1 Uhr Nachmittags.

1. Prof. Dr. K. Dehio erledigt das Hauptreferat des diesjährigen Aerztetages indem er über Leukocytose spricht.
2. Dr. A. Keilmann trägt als Korreferent über Leukocytose in der Gynäkologie vor.

3. Dr. Masing hält seinen Vortrag: Zur Pathologie der Blutbildung.

Die Diskussion über obige Themata wird wegen der vorgerückten Zeit auf die Sonntagnachmittagssitzung verschoben.

4. Als Themata für die Hauptreferate des nächsten Aerztetages werden erstens «Gicht und Rheumatismus», zweitens «die Gallensteinkrankheit» gewählt.

5. Zum ersten Referenten für das Thema «Gicht und Rheumatismus» wird Dr. v. Hampeln, zum Korreferenten Dr. v. Engelhardt erbeten.

6. Mit dem Referat über die chirurgische Behandlung der Cholelithiasis wird Dr. v. Bergmann, mit dem über die interne Dr. Truhart betraut.

7. Als Maximalzeit für die Dauer der Referate wird eine halbe Stunde festgesetzt.

8. Dr. Tantzscher hält seinen Vortrag über «Bier'sche Stauung.

Diskussion:

Dr. v. Bergmann: «Die Akten über die Bier'sche Stauung sind jedenfalls noch nicht geschlossen. Es ist auffallend, dass von den grossen, namhaften Kliniken und Krankenhäusern Berichte über Fälle, die nach Bier behandelt und geheilt wären, fehlen, dagegen hat die Königsberger Klinik energisch gegen das Biersche Verfahren Front gemacht.

Jedenfalls muss davor gewarnt werden, das Verfahren unter Verhältnissen anzuwenden, bei denen eine stete Ueberwachung der Patienten unmöglich ist. Fraglos muss die schmerzlindernde resp. stillende Wirkung anerkannt werden, doch auch die lässt sich nicht in jedem Fall und unter allen Umständen erzielen. Güngstige Erfolge erhält man am ehesten, wie das auch Bier betont hat, bei metastatischen Gelenkentzündungen. Bei Panaritien und Phlegmonen hat Redner schlechte Erfahrungen gemacht, dreimal musste wegen Panaritium der betreffende Finger amputiert resp. exartikuliert werden, in zwei Fällen, nachdem Pat. bereits wegen scheinbaren Erfolges des Verfahrens die ihnen zu lange währende stationäre Behandlung aufgegeben hatten. Vorsicht und Kritik sind somit durchaus geboten».

Dr. Bornhaupt: «Bei Lymphangitis und sehr virulenten Streptokokkeninfektionen scheint die Stauungsbehandlung zu ungünstigen Resultaten zu führen. Gute Erfolge sieht man dagegen bei abgegrenzten Processen, wie sie z. B. durch Staphylokken bedingt werden. Vorzüge der Stauungsbehandlung sind die Möglichkeit, eine Tamponade fortzulassen und die nachträglich unbeeinträchtigte Funktion der Gelenke. Bei traumatischer Gelenkeröffnung kann man durch Naht und Stauung gute Erfolge erzielen. Die Stauungsbehandlung kann nur unter beständiger Kontrolle des Arztes angewandt werden, nicht bei blos ambulatorischer Behandlung. Das entscheidende Wort bei der Indikationsstellung dieses Verfahrens wird einst die Bakteriologie sprechen».

Dr. Tantzscher: «Ich habe meinen Vortrag der knappen Zeit anpassen müssen und daher manches nur andeuten können, anderes weglassen müssen. Auch ich möchte betonen, dass vielleicht die Stauung bei Streptokokkeninfektionen anders wirkt als bei Staphylokokken. Bier hat meistens mit letzteren zu tun gehabt und sie erfolgreich bekämpft. Lexer betont, dass das Bier'sche Verfahren bei Streptokokkeninfektion im Stich lässt, aber diese Frage ist in der Literatur noch zu wenig geklärt, um ein sicheres Urteil zu fällen. Der Widerstand gegen das neue Verfahren erklärt sich nicht zum mindesten aus Vorurteilen.

Es ist mir noch lebhaft erinnerlich, wie ich vor Jahresfrist in der Bonner Klinik einen Patienten sah, der sich durch eine Verletzung mit der Häkselmaschine eine Eröffnung des Talocruralgelenks zugezogen hatte. Haut-, Sehnen- und Gelenkverletzung wurde durch Nähte geschlossen, obschon dicker Eiter hervorquoll und die Wunde verjaucht aussah. Unter Anwendung der Stauungsbinde reinigte sich die Wunde allmählig, das Fieber fiel und Pat. fühlte sich von Anfang an gut. Dr. v. Bergmann möchte ich erwidern, dass eventuelle technische Fehler nicht dem Verfahren an sich zur Last gelegt werden dürfen. Da Dr. v. Bergmann Lexer für seine Ansicht anführt, so erinnere ich daran, dass Lexer nachgewiesen hat, dass sich im Gewebe trotz Stauung Bakterien und zwar hochvirulente nachweisen lassen. Wenn man das berücksichtigt, kann man sich über schlechte Endresultate nicht wundern, zumal wenn Dr. Bergmann einen Patienten nach anfänglicher Besserung schon im Laufe der ersten Woche entlässt. Wenn Dr. Bergmann anführt, dass die Heilungsdauer durch die Stauungsbinde wesentlich verlängert wird, so fragt es sich, ob der Vorteil gross ist, einen Patienten nach einer Woche geheilt mit einem versteiften Gelenk zu entlassen, statt nach drei Wochen mit einem normal funktionierenden. Auch der zweite Fall, den Dr. Bergmann anführt, beweist nur die falsche Anwendung der Binde. Dr. Bornhaupt hat mit seinem kranken Arm weitergearbeitet trotz angelegter Stauungsbinde. Schon Bier weist darauf hin, dass der Körper zwei Funktionen nicht gleichzeitig besorgen könne. Das zeigt sich bei der häufigen Epiphysenerkrankung des wachsenden Knochens, wo sich trotz der Hyperämie eine tuberkulöse Infektion festsetzen kann. Der Organismus braucht seine Kraft, um das eine Mal das Wachstum zu fördern, das andere Mal, eine Infektion zu bekämpfen, aber beiden Funtionen gleichzeitig ist er nicht gewachsen.

---

4. Sitzung.

Sonntag, den 19. August 1907 von 10—1 Uhr.

1. Prof. Dehio verliesst den Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra.

Diskussion:

Dr. Sadikoff: «In Kurland wird der Kampf gegen die Lepra von drei Vereinen mit vier Leprosorien geführt, Das Leprosorium bei Talsen mit 60 Betten, das bei Tuckum mit 35 Betten, das Erwahlensche mit 35 und das Bauskesche mit etwa 20 Betten. Alle diese Leprosorien sind gefüllt, doch giebt es in Kurland gewiss noch mehr als ebensoviel Lepröse unisoliert. Auch bei uns haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Lepra trotz der Leprosorien weiter zunimmt. Der Unterhalt kommt teurer als in Livland — auf circa 160 Rbl. pro Person — zu stehen. Hiervon werden 100 Rbl. aus Landesprästanden, der Rest von den Gesellschaften bezahlt, doch haben die Gesellschaften es eben schwer, weil das Interesse des Publikums ganz erlahmt ist. Die allgemeine kurländische Gesellschaft wird aus Mangel an Mitteln möglicherweise schon nach einem Jahr genötigt sein, ihre Tätigkeit einzustellen und die Sorge für die Leprösen der Regierung zu überlassen».

Dr. v. Bergmann: «Die Zahl der Leprösen Rigas geht dank der Isolierung jedenfalls zurück, und das Leprosorium, das zwar eben voll besetzt ist, zeigt doch eine jährlich sinkende Ziffer von Kranken aus der Rigaschen Gemeinde. Auch in den Ambulanzen haben unter den sich zur Untersuchung meldenden Fällen die Rigaer Gemeindeangehörigen bedeutend an Zahl abgenommen».

Dr. Kupffer: «In Bezug auf Estland kann ich mich den Ausführungen von Prof. Dehio durchaus anschliessen. In Estland nimmt die Lepra nicht mehr zu, eher ab. Dort ist die Leprafrage zur Landesfrage gemacht worden, und auf Landeskosten wird ein Leprosorium mit 60 Betten unterhalten. Zugleich hat der Arzt des Leprosoriums die Verpflichtung, die Kranken zu Hause aufzusuchen, sie zum Eintritt zu bewegen, Verdächtige zu untersuchen und das Volk zu belehren. Dieses Verfahren ist durchaus von Erfolg gekrönt, denn die Kranken treten gern ein und überreden ihrerseits andere zum Eintritt in die Anstalt, in der sie nicht blos einer Isolierung sondern auch einer energischen und oft erfolgreichen Behandlung unterzogen werden. Seit Einführung der Sanitätsreform helfen auch die Landesärzte, jeder in seinem Bezirk, die Lepra zu bekämpfen. Ich glaube, dass man auf dem rechten Wege ist und hoffen darf, der Lepra Herr zu werden».

2. Dr. Schabert hält seinen Vortrag «Ueber die sociale Bekämpfung der Tuberkulose».

3. Dr. Kickuth hält seinen Vortrag «Ueber den gegenwärtigen Stand der Heilstättenfrage».

4. Prof. Mag. Happich hält seinem Vortrag «Ueber den gegenwärtigen Stand der Immunisierung».

5. Auf Vorschlag von Dr. A. v. Zur-Mühlen beschliesst der Aerztetag, die drei obigen Tuberkulosevorträge in den Tagesblättern behufs grösst möglichster Verbreitung erscheinen zu lassen.

Diskussion über die Tuberkulosefrage.

Prof. Dehio: Die praktische Frage, wie der Kampf gegen die Tuberkulose in den baltischen Provinzen zu organisieren sei, beantwortet Redner dahin, dass in erster Linie in den grösseren Städten Dispensaires errichtet werden müssten und dass ferner ein Sanatorium für Minderbemittelte, aber nicht ganz zahlungsunfähige Kranke eventuell seitens der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose gegründet werden sollte. Aeusserst wünschenswert ist drittens, dass die Hospitäler veranlasst würden, Phthisiker in vorgeschrittenem Stadium, welche durch ihr massenhaftes Sputum gemeingefährlich sind, aufzunehmen und dadurch für die Umgebung unschädlich zu machen.

Dr. v. Hampeln glaubt darauf hinweisen zu sollen, dass die Frage nach der Entstehung der Lungentuberkulose zur

Zeit gerade als controvers anzusehen ist. Während man früher meinte, dass sie in den Bronchiolen und Alveolen entstehe, erscheint das nach den Arbeiten von Aufrecht recht zweifelhaft. Es könnte sein, dass immer oder doch in einem Teil der Fälle die ersten Anfänge in den kleinsten Blutgefässen der Lungen zu suchen wären und sich erst von da aus auf Bronchiolen und Alveolen erstrecken.

Dr. v. Zur-Mühlen proponiert, der Aerztetag möge von sich aus eine Kommission erwählen, die mit den Kommunalorganen in Verbindung treten müsste behufs Gründung von Volkssanatorien.

Dr. Schabert: So sehr er auch Dr. v. Zur-Mühlen für die warme Anteilnahme an der Sache der Tuberkulosebekämpfung danken müsse, so möchte er doch vor Beschlussfassungen warnen, die über die Kompetenz des Aerztetages hinausgehen.

Der Vorschlag Dr. v. Mühlens gelangt zum Ballotement und wird abgelehnt.

Dr. v. Krüdener: «Während bei der Tuberkulose der verschiedenen Organe die Tuberkulinbehandlung in den Hintergrund getreten ist, hat es den Anschein, als wenn gewisse lokalisierte Formen und besonders der Lupus einer Behandlung durch Tuberkulin zugänglich wären. Es ist v. Hippels Verdienst, vor 3 Jahren an diese Frage herangetreten zu sein. Durch seine Erfolge angeregt, habe auch ich 30 Fälle von Augentuberkulose so behandelt, darunter eine Reihe von Mischinfektionen. Nur bei 2 Patienten war der Bacillenbefund positiv, meist entschied das klinische Krankheitsbild. Trotzdem nun in mehreren Fällen das Resultat nicht positiv war, habe ich doch den Eindruck gewonnen, dass auf diesem Wege etwas zu erreichen ist und stimme Hippel völlig bei».

Dr. Kickuth: Im Interesse der modernen Tuberkulosebehandlung, der Serumtherapie, wäre es durchaus erwünscht, dass an allen Krankenhäusern Specialabteilungen für Tuberkulöse begründet würden.

Dr. Sokolowski hält seinen Vortrag «Ueber das Verhältniss der Blutbeschaffenheit zur Lungentuberkulose und deren Therapie».

Diskussion:

Dr. Pacht: «Untersuchungen über den Einfluss vasomotorischer Reize auf die Zusammensetzung des Blutes habe ich an mir selbst gemacht. Durch thermische Reize konnte ich Schwankungen von mehr als 300,000 roter Blutkörperchen pro Cubikcentimeter erzielen, und diese relative Vermehrung schwand in wenigen Stunden. Die Untersuchungen von Eggert in Arosa haben gezeigt, dass das Blut grösserer Arterien eine konstante, von vasomotorischen Reizen unabhängige, Zusammensetzung hat und stets eine der Erhebung über dem Meeresspiegel entsprechende Vermehrung der roten Blutkörperchen zeigt.

Dr. Koppe berichtet auf Grund eigener Beobachtung an sich im Waldgebirge «Weisser Hirsch» bei Dresden über eine starke Stoffwechselsteigerung, die sich in grossen Mengen blassen Urins äusserte. Es fiel ihm aber auf, dass der Urin in San Remo bei gleichen Lebensbedingungen sofort wieder seine normale Farbe annahm und er möchte diese Erscheinung auf Einwirkung der starken Sonnenbestrahlung des Südens und Hochgebirges beziehen, die er in Parallele mit der Wirkung der Sonnenstrahlen auf das Chlorophyll der Pflanzen stellt.

Dr. Bosse hält seinen Vortrag «Zur ambulatorischen Behandlung der Lungentuberkulose».

---

5. Sitzung.

Sonntag, den 19. Aug. 1907 um 3 Uhr nachmittags.

1. Dr. v. Engelmann hält seinen Vortrag «Ergebnisse der neueren Syphilisforschung».

Keine Diskussion:

2. Dr. J. Meyer hält seinen Vortrag «Ueber Endometritisbehandlung».

Diskussion:

Dr. v. Knorre stimmt Dr. Meyer darin zu, dass die Abrasio nicht ambulatorisch auszuführen ist, das sei eine Unsitte, die aus Berlin importiert wurde, wo die Teilnehmer der Kurse eine derartige poliklinische Behandlung kennen lernten. Die von Dr. Meyer beobachteten starken Schmerzen nach Ausspülungen des Uterus hat er nie beobachten können, was er darauf zurückführt, dass er stets das Cavum vor jeder Behandlung durch Erweiterung des Cervixkanals mittels Bolzen sich bequem zugänglich machte. Es sei ferner darauf hingewiesen, dass es Fälle giebt, wo die stärkere Sekretion über welche die Kranken klagen, von einer wirklichen Erosion des Cervixepithels, die auf die Portio übergreift, herrührt, die Ursache bildet dann oft eine Endometritis die abgeklungen und von der nur die Erosion als Rest nachgeblieben ist, deren stark gewucherte Drüsen das Sekret liefern. In solchem Fall erscheint als beste Behandlung das Abbrennen der Erosion mit dem Pacquelin, wodurch in einer Sitzung die Erkrankung fortgeschafft und die Patientin dauernd von ihrem Leiden befreit werden kann. Die Befürchtung einer starken Narbenbildung nach dem Abbrennen entbehrt jeden Grundes. Handelt es sich um eine Arosion, d. h. eine Anätzung der Schleimhaut der Portio durch das Sekret, so braucht eine Behandlung mit dem Pacquelin nicht zu erfolgen, da die Arosionswunde in Folge der Endometritisbehandlung von selbst ausheilt.

Dr. Meyer: Wie sehr die Erosion von der Endometritis abbhängt, sieht man daran, dass sie sich bei Retroversio oft nur an der hintern, bei normaler Lage an der vordern Lippe befindet. Eine Behandlung der Erosion allein halte ich meist für ungenügend. Vom Probetampon will ich nicht Abstand nehmen; der wohltätige Einfluss dieses Verfahrens ist mir oft zu überzeugend gewesen.

Dr. v. Knorre hält seinen Vortrag «Zur Behandlung des Gebärmutterscheidenvorfalls».

Discussion:

Dr. Meyer hält Gymnastik im Anfangsstadium nach Reposition des Uterus oft für wirksam. Bei Greisinnen kann durch Zurückhaltung des Uterus mittels des Pessars ein gelegentlich durch eintretende Schrumpfung des Introitus entstehender Prolaps definitiv beseitigt werden. Das Korsett spielt eine grosse Rolle bei der Entwicklung des Prolapses. Meyer ist principiell gegen die Ventrifixation, welche eine abnorme, der vorderen Bauchwand parallele Lage des Uterus veranlasst und die Funktion der Blase beeinflusst. Die Beurteilung der Dauererfolge ist äusserst schwierig, nur ein Teil der Misserfolge und seltene Fälle der erfolgreich operierten Patientinnen kommen zur Beobachtung. Meyer hat einen Todesfall durch Lungenembolie erlebt, im übrigen ist der postoperative Verlauf ein günstiger. Seit 1899 operiert Meyer Totalprolapse nach der später (1903) von Schauta-Wertheim empfohlenen Methode in den Fällen, wo die Climax schon erreicht ist. Bei jungen Frauen sind Kolporhaphien am Platz, wobei jedoch die fehlerhafte Lage des Uterus noch oft durch die Alexander-Adams'sche Operation beseitigt werden muss.

Dr. Knorre betont nochmals, dass er die Ventrifixation gewählt hat, weil ihm dieselbe die beste Fixation gegeben hat, die allen Schädigungen durch Geburten etc. standgehalten, während die Antefixation nach Alexander u. Kocher oft nachlässt; es kommt wieder zur Retroflexio und damit zum Recidiv des Prolapsus Uteri.

Dr. Weidenbaum hält seinen Vortrag «Ueber Menstruationsstörungen und Moorbäder».

Keine Diskussion:

Dr. A. Keilmann hält seinen Vortrag «Säuglingspflege im Hebammenunterricht».

Keine Diskussion:

Diskussion über «die Leukocytose».

Dr. Truhart: Im Anschluss an einen seiner Fälle gab Dr. Keilmann der Ansicht Ausdruck, dass die Leukocyten das Leben einer Patientin gerettet hätten. Wir dürfen auf Grund der neueren Ergebnisse der experimentell und klinisch-pathologischen Forschung wohl unstreitig diesen Satz dahin verallgemeinern, dass den Leukocyten, in welchen wir die im Blute wie in einem Transportschiffe cirkulierenden Feinde aller schädlichen Keime erblicken, als wesentliche Aufgabe zukommt, den menschlichen Organismus gegen geformte und ungeformte Gifte zu schützen. Ihre quantitativ und qualitativ normale Beschaffenheit bietet die Garantie für die Gesundheit des Individiums und giebt uns durch die Zählungsmethode wichtige Direktiven in die Hände. Die Eigenschaft der Phagocytose der Leukocyten und die bactericide Kraft ihrer sekretorischen Produkte bilden das Rüstzeug zum Kampf mit den feindlichen Mächten. Bevor ich mich diesem selbst zuwende, erlaube ich mir die Bemerkung, dass nicht, wie fast die gesamte deutsche Literatur und so auch Prof. Dehio angab, Curschmann (1901) als Erstem sondern unstreitig dem Franzosen Boinet das Verdienst gebührt, schon im Jahr 1900 auf die diagnostische Bedeutung der vermehrten Leukocytenreste zur Feststellung sonst der Erkenntnis schwer zugänglicher Abscedierungen oder auch anderweitiger zur Eiterung führender Erkrankungen hingewiesen zu haben. Curschmann hat freilich in Deutschland mit besonderem Nachdruck im Gegensatz zur physiologischen Verdauungsleukocytose auf die pathologische Hyperleukocytose

bei Eiterungen aufmerksam gemacht. Doch solches nur beiläufig.

Obgleich sich seit Beginn dieses Jahrhunderts besonders in Frankreich, Deutschland und England die Arbeiten über Leukocytose zu einer kaum übersehbaren Literatur gehäuft haben, so harren doch noch viele offene Fragen ihrer Erledigung.

Da das Korreferat sich im wesentlichen auf Beleuchtung der pathologischen Leukocytose in der Gynäkologie beschränkte, wende ich mich zunächst der Erscheinung der Hyperleukocytose bei andern Organerkrankungen zu. Besondere Aufmerksamkeit hat das Verhalten der Leukocytenwerte bei Eiterungen im Organismus, je nach deren Lokalisation, Intensität und Dimensionen auf sich gelenkt. Curschmann, Küttner, Wassermann, Da Costa u. a. haben auf die bei eitriger Appendicitis, Perityphlitis, Winkler, Opie, Lund, Rautenberg-Beneke, Brugsch und König, Reimann bei Pankreas-Nekrose und -Suppuration hingewiesen. Blauberg, welcher über ein klinisches Untersuchungsmaterial von 60 Patienten verfügte, gelangte zum Schluss, dass die Leukocytenvermehrung bei peripheren Eiterungen nicht beträchtlich, stärker bei Eiterungen in den inneren Organen, am stärksten bei den in der Bauchhöhle gelegnen Organen ist und dass die Vermehrung der weissen Blutkörperchen nur ein unterstützendes Moment für die Diagnose, Prognose und therapeutische Indikationsstellung abgebe. Die Leukocytose im allgemeinen und speciell bei Eiterungs- und septischen Processen müsse als specifische Reaktion des Organismus gegen inadaequate Reize, bezw. gegen Infektionen betrachtet werden. Den zahlenmässigen Nachweis der Leukocytenzunahme hat zuerst Kühn und zwar bei Leberabscessen geliefert, die bis 45 ja in vereinzelten Fällen sogar bis 60 sich steigern kann. Die unterste Grenze der Hyperleukocytose wird heutzutage meist auf 15—12.00 fixiert, in der Norm finden wir gewöhnlich nur 6—7000 Leukocyten in einem Ccm. Blut. Von der früher allgemein verbreiteten Anschauung, dass alle fieberhaften Infektionskrankheiten, welche mit Reizung des Lymphdrüsensystems einhergehn, eine Proliferation der Lympho- bezw. der Leukocyten, oder richtiger ausgedrückt, in positivem Sinn eine Leukocytose im Gefolge hätten, ist man längst abgekommen. Die Erfahrung hat vielmehr gelehrt, dass eine Reihe und zwar auch von den gekennzeichneten Infektionskrankheiten sogar mit einer starken Herabminderung der Zahl der weissen Blutkörperchen einhergeht. Eine solche Hypoleukocytose oder Leukopenie tritt, wie schon angeführt worden ist, bei Abdominaltyphus, Tuberkulose, Masern, Tetanus, und ich möchte noch hinzufügen, auch bei Influenza und Malaria in Erscheinung, bei welchen Krankheiten die Zahl der Leukocyten auf 4—2000, ja in ganz vereinzelten schweren Fällen selbst auf 1000 herabsinken kann. Diese symptomatische Erscheinung der Leukopenie gestattet, wie mir scheint, eine zweifache Deutung, und zwar als ein Zugrundegehen der, wenn auch in erhöhtem Mass sich erneuernden Leukocyten im phagocytären Kampf mit den Infektionskeimen, (Metschnikoff) oder aber als Kennzeichen dafür, dass das leukopoetische System selbst, der Lymphapparat und vor allem das Knochenmark, der Intoxikation den Hauptangriffspunkt bieten, wobei dasselbe der Möglichkeit beraubt wird, die qualitativ verschiedenartigen weissen Blutkörperchen, es möge sich um Lympho- oder Myelocyten, bezw. polynucleäre Zellen handeln, in ausreichender Anzahl proliferieren zu lassen.

Es sind dies eben noch offene, diskutable Fragen, deren definitive Beantwortung einstweilen noch aussteht. Hierauf ist wohl auch wenigstens zum Teil der Widerspruch zurückzuführen, der scheinbar hervortrat, wenn Prof. Dehio anführte, Grawitz habe bei Septichämie und Pyämie eine Hyperleukocytose vermisst, und Dr. Keilmann angab, dass bei Sepsis ein Fallen der Leukocyten auf 4—5000 nicht vorkäme. Aus allem Gesagten ergiebt sich, dass wir in der Vermehrung der Leukocytenzahl nur ein die Diagnose unterstützendes Symptom zu erblicken haben, welches vorläufig noch gleichwertig den übrigen Symptomen und nur mit diesen zusammen für jene zu verwerten ist. Wie überall muss auch hier individualisiert werden. Es liegt auf der Hand, dass nicht nur eine einmalige, sondern auch nicht eine mehrmalige sorgfältige Untersuchung des Blutes nicht genügt: diese muss vielmehr in jedem Krankheitsfall ganz systematisch durchgeführt werden, je nach der Tageszeit, im nüchternen und im Verdauungsstadium des Organismus gesondert.

Dr. A. Keilmann: «Bei der knappen Zeit, die für das Referat zur Verfügung stand, musste ich von einer ausführlichen Darstellung der Litteratur absehen; vielmehr habe ich darauf Gewicht gelegt, den Stand der Leucocytosefrage, wie er, abgesehen von historischen Studien, uns eben interessieren muss, in möglicher Kürze darzulegen. Die historische Entwickelung der Leucocytosefrage ist nicht nur ins Jahr 1900 zurückzuverfolgen, sondern schon 1859 hat Virchow Studien publiciert, die bei einer vollständigen Behandlung der Frage nicht übersehen werden dürfen. Jedoch glaubten wir, vor Allem heute die praktische Bedeutung der Sache beleuchten zu müssen und durften um so eher, allen neueren Arbeiten folgend, auf Curschmann als den Initiator der Leucocytosebeobachtung hinweisen, als er, wenn auch von Neuem, so doch als erster wirksam die Aufmerksamkeit der Kliniker auf die Sache gelenkt hat.

Hinsichtlich der hier und da notierten Leucopenie bei puerperaler Sepsis habe ich mitteilen müssen, dass ich in 21 Fällen bei 26 Zählungen stets eine Vermehrung der Leucocyten gefunden habe; insbesondere zeigten die tötlich ausgegangenen Fälle in 80 pCt. Werte, die höher waren als 20000 und in einzelnen 60 und 70 Tausend erreichten, in keinem dieser Fälle waren grössere Zahlen als 10 und 11 Tausend festzustellen. Die in Genesung ausgegangenen Fälle (12) zeigten zwischen 11068 und 43000 schwankende Zahlen, nur in 33 pCt. überstieg die Zahl 20000. Von den 4, anfangs für puerperal-septisch gehaltenen Frauen mit niedriger Leucocytenzahl (5100—7300) erwiesen sich 1 als Typhus abdominalis, 1 als Meningitis tuberculosa chronica und die übrigen als zufällige leichte Erkrankungen. Für den Typhus abdominalis darf ich, in Uebereinstimmung mit Sahli, den niedrigen Leucocytosewert für charakteristisch halten—insbesondere zur Differentialdiagnose zwischen diesem und puerperaler Sepsis; die klinische Aehnlichkeit beider Krankheitsbilder ist oft sehr weitgehend, und die Milzschwellung ist als unterscheidendes Symptom nicht zu verwenden, weil sie bei beiden Krankheiten vorkommt.

Dass die Leucocytose nur ein die Diagnose stützendes, nicht entscheidendes Symptom ist und nur mit anderen gemeinsam beurteilt werden kann, muss zugegeben werden; aber wer wollte den hohen Wert der Temperaturmessung bestreiten und was bedeutet die einzelne Feststellung der Temperatur an sich für die klinische Diagnose?

Nachtragen möchte ich, dass vielleicht in Zukunft weniger als die Leucocytenzahl die Qualität sich wertvoll erweisen wird und mehr noch als das Arneth'sche Blutbild die Wolff'sche «Kernzahl» zu berücksichtigen sein wird».

Dr. Russow spricht zur praktischen Bewertung der Leucocytose und Eosinophilie des Blutes, deren Nachweis speciell bei Verdacht auf Helminthen von Nutzen ist. Weiter berührt R. die neueren Kritiken des Arnethschen Blutbildes.

Dr. Masing: 1) Gegen die Ausführungen von Prof. Dehio über den gemeinsamen Ursprung der Leucocyten, Lymphocyten und Erythrocyten lässt sich Folgendes einwenden: 1) Erythropoese und Leucopoese verlaufen getrennt, die erstere verläuft intracapillar, die letztere extracapillar, wie besonders die Untersuchungen der blutbildenden Organe der Vögel ergeben haben. 2) Es finden sich im foetalen Blute eine Zeitlang Erythrocyten, bevor farblose Blutkörperchen überhaupt nachweisbar sind. Diese Tatsachen müssen zuerst widerlegt oder anders erklärt werden, bevor man die Theorie der gemeinsamen Abstammung der roten und weissen Blutkörperchen annehmen kann. 2) Was die von Dr. Keilmann erwähnten Untersuchungen von Arneth anbetrifft, so muss dagegen bemerkt werden, dass die Arneth'sche Theorie noch auf schwachen Füssen steht. Vor allem ist die Frage der Vielkernigkeit der neutrophilen Leucocyten noch gar nicht entschieden. Färbungen mit Azurgemischen nach Alcoholfixation ergaben eine viel geringere Fragmentation der Kerne als Hitzefixation und Triacidfärbung. Auch die Untersuchung des frischen Blutes im ultravioletten Licht (Grawitz und Grumberg) ergab wol Polymorphie der Kerne aber keine Vielkernigkeit neutrophiler Leucocyten.

Wegen der vielfachen Fehlerquellen, die bei der Leucocytenzählung unterlaufen, sind nur bedeutende Abweichungen von der durchschnittlichen Normalzahl diagnostisch und prognostisch verwertbar.

Dr. Truhart: «Herr Dr. Masing hat mit Recht betont, dass der verschiedenartige Charakter der weissen Blutkörperchen bei der Hyperleucocytose hier nicht genug beleuchtet worden ist. Bei der Kürze der gebotnen Zeit habe auch ich diese Seite der Frage nur flüchtig gestreift. Bei den meisten Infektionskrankheiten überwiegen die einfacheren jugendlichen Kernformen die stark fragmentierten. Blumenthal glaubte bei Eiterungs-Hyperleucocytose das Verhältniss der Polynucleären mit 70 auf 10000 Leucocyten fixieren zu können. Als prognostisch, mehr aber noch diagnostisch bedeutungsvolles Merkmal einer schweren Infektion fällt der relative Prozentsatz, noch mehr die absolute Zahl der vorhandenen polynucleären im Gegensatz zum Untergang der Eosinophilen und der Mastzellen ins Gewicht. Herrn Dr. Keilmann gegenüber muss ich die Priorität Boinets vor Curschmann als eine historische Tatsache aufrechterhalten. Was die Wolff'sche Untersuchungsmethode der «Kernzählung» anbetrifft, so gilt diese zur Zeit als nicht sicher genug, da sich die — auf dem Wege der Karyorhexis — aus den fragmentierten Leukocyten hervorgegangenen Kerne schwer von de-

nen der polynucleären unterscheiden lassen. Die von Keilmann bei gutartigen Ovarialtumoren vermisste Hyperleucocytose steht im Einklang mit der Tatsache, dass auch bei den benignen Pankreastumoren (Riedel) eine solche fehlt, während sie bei Pankreascarcinom angetroffen wird. (Winkler). Auch Amann, welcher soeben die Ergebnisse seiner Untersuchungen über Leucocytose bei entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane — die 165 Fälle mit 460 Zählungen umfassen — veröffentlicht hat, hebt hervor, dass bei nichtentzündlichen Adnextumoren keine Hyperleucocytose anzutreffen sei, eine solche aber in hohem Grade bei entzündlichen Tumoren wie Pyosalpinx, Parametritis und Perimetritis exsudativa sich vorfinde. Die vorgeschrittene Zeit gestattet mir leider nur flüchtig eine These zu berühren, zu der auch meine Studien geführt haben. Wie den verschiedenen Toxinen, so kommt auch dem Pankreassafte, speciell dem eiweisverdauenden Ferment (bezw. Proferment) Trypsin in hohem Mass die Eigenschaft eines Leucocytentoxicums zu. Auf diese Eigenschaft, nämlich das leucopoetische System zu erhöhter Produktion weisser korpuskulärer Blutelemente anzuregen, lässt sich meiner Ansicht nach die physiologische Verdauungsleucocytose zurückführen. In dem Verdauungsstadium der Bauchspeicheldrüse wird das Drüsensekret ausser in die kleinen ductuli auch in die unmittelbare Umgebung der Drüsenepithelien ausgeschieden und auf dem Wege der zahlreichen hier vorhandenen perivaskulären Lymphräume und Capillaren resorbiert, um von den «Haptophoren» resp. «Receptoren» der Lympho- und Leucocyten gebunden, latent in die Blutbahn übergeführt zu werden. Da nun, wie experimentell durch Nencki, Carnot und v. A. erwiesen und nach diesen auch von vielen andern Forschern weiter bestätigt worden ist, dem Pankreassaft, speciell dem Trypsin, in ganz exquisitem Grade Baktericidität zukommt, so erscheint es mir keineswegs ausgeschlossen, dass diesem in den Leucocyten aufgespeicherten eiweisverdauenden Pankreasenzym, wie normalerweise im Darmkanal, so auch im Blut bei dem Kampf der Leucocyten mit den Bakterien und deren Stoffwechselprodukten gelegentlich stattgehabter Infektion des Organismus eine nicht unwesentliche Rolle zufällt. Bei dem gegenwärtigen Stand unsrer Kenntnisse über das Wesen und die Wirkungsweise der Fermente nimmt es mich nicht Wunder wenn diese These sehr kühn erscheint, ich behalte es mir jedoch vor, bei andrer Gelegenheit auf dieselbe näher zurückzukommen».

Prof. Dehio: «Gegenüber Dr. Keilmann bemerke ich, dass ich die Zahl von 8000 Leukocyten im Cmm. Blut als Durchschnittszahl angegeben habe und dass ich mit ihm ganz darin übereinstimme, dass von einer Leucocytose oder Hyperleucocytose wohl erst die Rede sein kann, wenn die Zahl der weissen Blutzellen 10000 oder 12000 im Cmm. übersteigt.

Gegenüber der mehrfach ausgesprochenen Ansicht, dass ich den diagnostischen Wert der Leucocytenzählung doch wohl zu niedrig eingeschätzt habe, möchte ich betonen, dass die Literaturangaben über Leucocytenvermehrung bei den verschiedensten Krankheiten und speciell bei der Appendicitis ausserordentlich variieren und sich sogar direkt widersprechen. Ich stimme daher Grawitz (Klinische Pathologie des Blutes. 1906. pag. 193) bei, welcher wörtlich sagt, «dass ein wirklich zuverlässiges Zeichen in dem Verhalten der Leucocyten bei Perityphlitis und anderen Entzündungen nicht erblickt werden kann». Es verhält sich eben nicht jeder Fall wie der andere, und im Einzelfall sind die Verhältnisse je nach dem Stadium und der Intensität der Erkrankung verschieden. Ein positiver Befund mag gegebenen Falls die Diagnose stützen und vervollkommnen, ein negativer Befund aber bedeutet nichts. Trotzdem sollen Blutkörperzählungen so oft wie möglich ausgeführt werden, denn zur Vervollständigung des Krankheitsbildes und zur Vertiefung der ärztlichen Erkenntnis überhaupt wie auch im Einzelfall werden sie stets beitragen».

Schlusswort des Präses:

«Die Tagesordnung ist erledigt, bevor der officielle Schluss erfolgt. Ich erlaube mir, allen Collegen, welche durch ihre. Vorträge und durch die rege Beteiligung an der Diskussion zum Gelingen des Aerztetages beigetragen haben, im Namen der Anwesenden zu danken. Wenn wir nun nach den verschiedenen Richtungen auseinandergehen, so nimmt wohl Jeder seinen Teil wissenschaftlicher Anregung und Erfrischung mit. In uns Allen hat aber hoffentlich auch dieser Aerztetag dazu beigetragen, das Gefühl der Solidarität und collegialer Zusammengehörigkeit zu stärken, welches uns über die Mühen und oft trüben Erfahrungen unseres Berufes erheben soll.

Unsere Communen haben unter derart schweren Finanzverhältnissen zu arbeiten, dass es ihnen schwer fällt, die dringendsten Bedürfnisse zu befriedigen, welche an die Kranken-, Waisen- und Armenpflege gestellt werden müssen. Wenn Riga z. B. noch kein zweites Krankenhaus hat bauen und damit den dringenden, allgemeinen Bedürfnis nach der Möglichkeit Kranke unterbringen zu können hat schaffen können, so ist es nicht zu erwarten, dass die Stadtverwaltung Specialkrankenhäuser bauen wird, ehe sie den eben erwähnten Forderungen hat gerecht werden können».

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die städtischen Sanitätsärzte und die Eisenbahnärzte haben zusammen Massnahmen ausgearbeitet zur Bekämpfung der Cholera, laut welchen Passagier», die choleraverdächtig sind, sofort isoliert und in das städtische Barackenhospital abgefertigt werden.

— Die städtische Kommunalverwaltung hat das Verkehrsministerium gebeten, ein Krankenhaus für die Eisenbahnangestellten des St. Petersburger Knotenpunkts zu bauen, da die Krankenhäuser, die an und für sich schon überfüllt sind, viele Eisenbahnangestellte sogar der nach St. Petersburg gravitierenden Eisenbahnlinien aufnehmen müssen. Hierauf hat das Verkehrsministerium erklärt, dass es erst dann imstande sein werde, ein solches Krankenhaus zu bauen, wenn ihm dafür ein entsprechender Kredit zur Verfügung stehen werde.

Ebenso hat das Ministerium des Innern den Vorschlag der Stadt beantwortet, ein Bezirks-Irrenhaus zu bauen.

— Ueber den riesigen Branntweinconsum in St. Petersburg kann man sich aus folgenden Zahlen eine Vorstellung machen. Zur Versorgung der Residenz mit Schnaps giebt es hier 3 Niederlagen, die jährlich ungef. 3928000 Eimer Branntwein in den Handel bringen. Den Detailverkauf besorgen 445 fiskalische Branntweinhandlungen und ungefähr 2900 private Unternehmungen verschiedener Art. Am meisten werden die kleinen $^1/_{100}$ Eimer fassenden Flaschen verkauft. Es verdient Beachtung der Umstand, dass der Consum der niedrigen Branntweinsorte bei weitem den der höheren übersteigt. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass nicht selten der denaturierte Spiritus gekauft und dann einer chemischen Bearbeitung unterworfen wird, um ihn geniessbar zu machen. Das Bedürfnis nach Berauschung muss jedenfalls sehr gross sein, wenn zu solchen Mitteln gegriffen wird und die angeführten Zahlen kann man nicht ohne Grauen lesen, wenn man die Wirkungen und Folgen bedenkt, die ein derartiger Alcoholgebrauch oder vielmehr-misbrauch auf die Bevölkerung, und zwar nicht nur auf die gegenwärtige, sondern auch auf die folgenden Generationen hervorruft.

— In dem hiesigen Urologischen Institut sollen die Vorlesungen über Urologie am 15. October beginnen. An der Spitze des Instituts stehen die Professoren S. Fedoroff und W. Oppel.

— Der Medicinalrat hat das Gesuch der Firma G. T. Fulford & Co. Lim. in Toronto um Einfuhr in Russland der Pillen «Pilules Pink pour personnes pales du Dr. Williams» abgelehnt. Ebenso verboten ist die Einfuhr der «Pillen zur Regulierung der Menstruation» von der Gesellschaft Salomonski in Berlin und folgender Präparate von Park und Davis: extr. fluid. Adonis vernalis, extr. fl. Bryoniae, extr. fl. Convallariae, Aspidosperma (Quebracho) Cotlon root bark und der Adrenalin- und Dentalone-Tabletten (letzere Chloroform enthaltend).

— Wie aus dem Juliheft des von der Verwaltung des Obermedicinalinspectors herausgegebenen «Anzeigers» (Westnik obschtschestwennoi gigieny, sudebnoi i practitscheskoi mediziny) zu ersehen ist, sind gegenwärtig sehr viele Kreis-, Stadt- und Landarztstellen vacant mit einem Gehalt von 650 bis 2500 Rbl. jährlich.

— Einer Zusammenstellung desselben Journals entnehmen wir folgende Daten betr. die Sterblichkeit an Infectionskrankheiten in Russland. Es starben im Laufe des Januar 1908 an Pocken 4206 Personen, Scharlach 7940, Diphtherie 4828, Dysenterie 211, Masern 5337, Keuchhusten 3521, Flecktyphus 318, Unterleibstyphus 1523, Typhus unbestimmter Form 3035, Febris recurrens 239, Milzbrand 90, Rabies 21.

Im ganzen 31269 Personen. Hierzu kommen noch 2071 Sterbefälle an nichtinfectiösem Darmkatarrh der Kinder. — Die Stadt Petersburg ist in dieser Zusammenstellung nicht einbegriffen. — Einige Infectionskrankheiten, wie Tuberculose, Syphilis, Urethritis gonococcica, ulc. molle sind in die Tabelle garnicht aufgenommen. Ferner muss man bedenken, dass ausser den officiell registrierten eine Menge Sterbefälle hinzukommen, deren Aetiologie ganz dunkel bleibt.

— Moskau. Die Recurrens- und Flecktyphusepidemie hat bedeutend nachgelassen. Am 1. Juni waren in den städtischen

Krankenhäusern 1966 Recurrenskranke, am 10. August — nur 400; Flecktyphuskranke gab es am 1. Juni 75, am 10. August 17.

— Arensburg. Die diesjährige Badesaison erlitt im Juli eine unerwartete und sehr unliebsame Störung durch den Ausbruch einer Scharlachepidemie. Obgleich die Krankheit im allgemeinen in milder Form verlief, zogen doch so viele Badegäste schon Anfang August weg, dass die Badeanstalten nur halbe Arbeit hatten. In die Fremdenliste waren 602 Nummern von je 1—12 Personen eingetragen. Die Einnahmen übersteigen die des vorigen Jahres und auch der Schlammverbrauch war ein grösserer.

— Verbreitung der Cholera in Russland. Laut den officiellen Berichten der Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest:

	erkrankten vom 16. bis zum 22. August	starben vom 16. bis zum 22. August	erkrankten vom Beginn der Epidemie	starben vom Beginn der Epidemie
Gouv. Astrachan	192	86	1162	547
	v. 15. bis z. 21. Aug.			
» Ssaratow	104	54	898	506
» Ssamara	122	56	241	121
» Ssimbirsk	2	0	9	1
» Nishnij-Nowgorod	142	64	406	172
» Kasan	18	7	24	11
» Kostroma	0	0	6	3
» Jaroslaw	7	6	21	12
» Twer	0	0	1	0
» Perm	9	2	22	7
» Ufa	2	1	3	2
Stadt Pensa	0	0	1	0
Gouv. Wladimir	5	0	5	0
» Tula	0	0	5	3
» Moskau	1	1	3	1
» Jekaterinoslaw	1	1	13	5
Stadt Charkow	1	1	2	1
» Kiew	9	2	10	3
Gouv. Taurien	3	2	5	4
Stadthauptmannschaft Rostow a. Don	220	96	596	263
Gebiet der Don-Kosaken	315	139	798	314
Stadthauptmannschaft Baku	17	9	33	17
Terek-Gebiet	0	0	1	1
Gouv. Tiflis	9	8	15	13
Transkaspisches Gebiet	0	0	1	1
Gouv. Jenisseisk	1	0	4	2
» Irkutsk	0	1*)	0	1
Stadt Taschkent	1	0	1	0
Ural-Gebiet	8	5	8	5
	1189	541	3294	2016

— Congressnachrichten. Am 21. September findet die Eröffnung des zweiten Congresses der Internationalen chirurgischen Gesellschaft in Brüssel statt. Das Hauptthema wird die Krebsfrage bilden, wozu folgende Vorträge angemeldet sind: Roswell-Park (Buffalo): Die Natur des Krebses; Delbet (Paris): Pathologie und Therapie des Epithelkrebses; Bonsdorff (Helsingfors): Behandlung des Krebses der oberen Luftwege. Ueber dasselbe Thema werden sprechen: Collins Warren (Boston), Gluck (Berlin), Czerny (Heidelberg). Ueber Krebs des Urogenitalapparates: Dollinger (Budapest), Faure (Paris), Sequeira (London). — Krebs des Magens und Darms: Czerny, Voelker (Heidelberg). Ueber verschiedene Arten der Anaesthesie: Vallas (Lyon), Rehn (Frankfurt a/M.), Mac Arthur (Chicago). Ueber Hernien: Alessandri (Rom), Hildebrand (Berlin), A. Fraenkel (Wien), Lorthioir (Brüssel), Kalliontzis (Athen), Forgue (Montpellier), Tavel (Bern). Ueber Chirurgie der Wirbelsäule: de Quervain (La Chaux de Fonds), Berard (Lyon), Leguen (Paris). Ueber die Chirurgie der Gallenblase: Kehr (Halberstadt), Koch (Gröningen), Quenu und Duval (Paris), Legrand (Alexandrien), Woronoff (Kairo), Payr (Greifswald).

— Gelegentlich der 80. Naturforscher- und Aerzteversammlung in Köln findet daselbst am 24. Sept. die Generalversammlung der Freien Vereinigung der Medicinischen Fachpresse statt. Auf der Tagesordnung steht die Frage des Vorgehens der Vereinigung gegen die erwerbsmässig betriebene Untersuchung und Beschreibung neuerer Arzneimittelung.

— Am 14.—17. Sept. (n. St.) findet in Kassel die 25. Jahresversammlung des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke statt.

Vom 30. September bis zum 3. Oct. (n. St.) wird in Paris der Internationale Congress für Urologie tagen.

*) Starb in der Eisenbahn.

Vom 5.—21. October (n. St.) findet in Paris der Congress französischer Chirurgen statt.

Vom 10.—13. October (n. St.): Tagung der Vereinigung Süddeutscher Lungenheilanstaltsärzten in Frankfurt a/M.

25. Oct. (n. St). Tagung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Halle a/S.

— Frankfurt a/M. Als Nachfolger des kürzlich verstorbenen Prof. Albrecht am Senckenbergschen Institut ist Priv. Doc.-Dr. B. Fischer (Bonn) berufen, der den Ruf auch angenommen hat.

— Lausanne. Die sofortige Einrichtung einer Leichenverbrennungsanstalt ist vom Stadrat beschlossen worden.

Konstantinopel. Das Jungtürkische Comitee soll auch das Medicinalwesen in den Kreis seiner reformatorischen Tätigkeit ziehen und die Absicht haben, die Militär- und die Civil-Medicinschule in Konstantinopel zu einer Medicinischen Academie zu vereinigen.

— In Nr. 69 der Deutschen Medicinal-Zeitung lesen wir, dass Dr. med P. Edler von Neumann zur Anzeige gebracht wird, weil er im Interesse der «Energos-Kompanie» reklamenhafte Abhandlungen über Energos verfasst und von seinem Wohnsitz Wien aus Schreiben an Aerzte versandt hat mit der Aufforderung, Urteile über Energos-Apparate abzugeben, die zu Reklamezwecken benutzt wurden.

— Gestorben: 1) Dr. J. P. Korowin, Leibpädiater des Kaiserlichen Hofes. 2) Dr. Valerian Müller in Mstislaw, geb. 1834, prakt. Arzt seit 1860. 3) Dr. B. Eiselt, Professor für innere Krankheiten an der tschechischen Universität Prag. 4) Dr. H. L. Barnard, Chirurg am London-Hospital in London. 5) Dr. G. M. Edebohls, bekannter Gynäkolog und Chirurg in New-York.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 2. Aug. d. J. 10725 (6 wen. als in der Vorwoche), darunter 698 Typhus abdom. — (16 mehr), 13 Typhus exanthemat. — (3 mehr), 127 Febris recur. (17 wen.), 471 Syphilis — (43 mehr), 355 vener. Kranke — (26 wen.), 142 Scharlach — (1 mehr), 193 Diphtherie — (23 mehr), 56 Masern — (1 mehr), 85 Pockenkranke — (11 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 27. Juli bis 2. Aug. d. J. im ganzen 834, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus exanth. 1, Typhus abdominalis 29, Masern 28, Scharlach 6, Diphtherie 15, Keuchhusten 5, Krupöse Lungenentzündung 10, Erysipelas 2, Grippe 4, Katarrhalische Lungenentzündung 66, Ruhr 5, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberkulose der Lungen 73, Tuberkulose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungskanals 274, andere Krankheiten 219. Ausserdem 49 Totgeborene.

Am 9. Aug. d. J. betrug die Zahl der Kranken 10746 (21 mehr als in der Vorwoche.), darunter 736 Typh. abd. — (38 mehr), 13 Typh. exanthemat. — (0 mehr), 98 Febris recur. — (29 mehr) 476 Syphilis — (5 mehr), 410 vener. Kranke (55 mehr), 127 Scharlach — (15 wen.), 191 Diphtherie — (2 wen.), 44 Masern — (12 wen.), 65 Pockenkranke (20 wen. als in der Vorw.).

— Die Gesamtzahl der Sterbefälle in St. Petersburg betrug in der Woche vom 3. bis zum 9. Aug. d. J. im ganzen 876, darunter an folgenden Krankheiten:

Typhus abdominalis 38, Febris recurrens 2, Pocken 3, Masern 19, Scharlach 15, Diphtherie 17, Keuchhusten 8, Krupöse Lungennetzündung 7, Erysipelas 3, Grippe 1, Katarrhalische Lungenentzündung 80, Ruhr 2, Milzbrand 1, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberkulose der Lungen 85, Tuberkulose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 260, andere Krankheiten 233 — Ausserdem 27 Totgeborene.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 16. Sept. 1908.

Tagesordnung: A. Feldt: Fibrom der Nasenhöhle. (Demonstration).
Lingen: Ueber Hypremesis gravidarum.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22. Sept. 1908.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen. 

CALIFIG CALIFIG CALIFIG 

Ein ANGENEHMES und WIRKSAMES **LAXATIV** für ERWACHSENE wie für KINDER.

Zur Herbeiführung der Katharsis ohne die der Mehrzahl der gebräuchlichen Laxiermittel anhaftenden unliebsamen Sequelae entspricht wohl selten ein Mittel dem ärztlichen Bedürfnis mit gleich befriedigendem und schnellerem Erfolg als „CALIFIG" (CALIFORNIA SYRUP OF FIGS) das bekannte Feigensyrup-Präparat der CALIFORNIA FIG SYRUP Co. —

CALIFIG hat sich allgemeine Anerkennung als ein Laxiermittel von erwiesenem therapeutischen Wert errungen. Es giebt kaum ein zweites Präparat, das der Natur mit gleich gutem Erfolg nachhilft, das sich besser zur dauernden Abhilfe träger Darmfunktion eignet. Seine gelinde Einwirkung auf die Darmkanal-Schleimhaut und die nach Verabreichung von CALIFIG erfolgende natürliche Peristaltik verleiht diesem Präparat einen unvergleichlichen Wert als ein Abführmittel und lässt es seines Wohlgeschmackes halber in der Frauen- und Kinderpraxis als besonders geeignet erscheinen. Höchst wertvoll ist es bei solchen, die durch Leiden oder durch ihre Beschäftigung an das Zimmer gefesselt oder zu sitzender Lebensweise gezwungen sind. Es ist einfach, unschädlich und zuverlässig wirkend, und bietet noch den besonderen Vorzug, dass es keinen Laxativ-Habitus im Gefolge hat, und in allen Fällen, in denen ein Laxirmittel indiziert ist, vollkommen Abhilfe ohne jede unliebsame Nebenwirkung gewährt.

Diejenigen Herren Aerzte, welche diesem Präparat bisher noch nicht näher getreten sind, werden ganz ergebenst eingeladen, sich durch praktische Versuche von der Berechtigung unserer Aussagen zu überführen. Proben stehen den Herren Aerzten gerne zur Verfügung.

„CALIFIG" (CALIFORNIA SYRUP OF FIGS) wird nie nach Mass verkauft, sondern nur in Flacons zum Preise von 2 Rbl. 25 Kop. in den Handel gebracht. Der echte californische Feigensyrup trägt, ausser der Bezeichnung „CALIFIG", die Firma: „CALIFORNIA FIG SYRUP Co.", als Garantie der Echtheit auf den Umhüllungen und Etiquetten jeder Flasche.

Zu haben in allen Apotheken.

Gebrauchsanweisung ist jedem Flacon beigefügt.

En-Gros Niederlagen:

für St. Petersburg, bei Herren Stoll & Schmidt,
„ Moskau . . . . . „ Gesellsch. W. K. Ferrein,
„ Odessa . . . . . „ J. Lemme & Co„
„ Warschau . . . „ Fr. Karpinski.

CALIFORNIA FIG SYRUP Co. LONDON; E. C., 31/32, Snow Hill.

Proben des M. Präparates werden gratis und franko, den Herren Aerzten auf Wunsch versand.

(106) 6—1.

CALIFIG CALIFIG CALIFIG

Wiesbaden

Renoviert 1908. (102) 16—5.

Das ganze Jahr geöffnet. **Augusta Victoria Bad** Gesündeste Lage.

Durch gedeckte heizbare Uebergänge verbunden mit der **Hotel Kaiserhof.**

Anstalt zur Ausübung **sämtl. physikal., medizin.** und **chirurg, Heilmethoden.** — Klin. und ambulante Behandlung, — Eigene Thermalquelle. — Dampf- und Heissluft-Bäder. — Hydrotherapie. — Moorbäder. — Elektrotherapie. — Kataphoretische Anlagen. — Vollständiges Zanderinstitut (Original). — Inhalatorium. — Pneumat. Kammer. — Röntgenabteilung. — Operationssaal etc

Aerzte: San.-Rat **Dr. C. Mayer.** **Dr. Albert Stein,** Chirurg.-orthopäd. Abteilg.
Ausführl. Prosp. durch d. Direktion. früher an d. Bergmann'schen u. Hoffa'schen Klinik.

Ebelshof bei Riga. Jahrespension für Nervenkranke u. Erholungsbed. Arzt in d. Nähe. Telephon. Tramverbind. mit Riga. Postadr. Riga — Thorensberg Gut Ebelshof. Fräulein L i n d i g gepf. Krankenpfl. (105) 4—2.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Estländische ärztliche Gesellschaft.

Der V. Aerztetag

findet statt am 2., 3. und 4 November in Reval.

Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen sind bis zum 5. Oktober a. c. zu richten an den Praeses Dr. von Wistinghausen, Reval, gr. Rosenkranzstrasse, 11. (107) 1—1.



Dieser № liegt ein Prospekt über «TANNALBIN Knoll & Co.» bei.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechst. Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 36 St. Petersburg, den 6. (19.) September. 1908.

Zur Therapie der subphrenischen Abscesse.

Von

Dr. O. Brehm, Libau.

(Vortrag, gehalten auf dem I. Kurländischen Aerztetage am 11. Mai 1908 in Mitau).

(Schluss.)

Ich selbst habe nur drei Fälle von subphrenischer Eiterung operiert, deren jeder eine andere Aetiologie hatte, zwei waren rechtsseitig, einer linksseitig.

1. Fall N. S. Ruptura hepatis. Laparotomie. Abscessus subphrenicus. Perpleurale Eröffnung. Drainage. Heilung. Aufnahme in die chir. Abt. des Rig. Stadtkrankenh. am 12. Juli 1904.

Anamnese: Pat. fiel heute ein schwerer Kohlensack auf die rechte Seite. Sehr heftige Schmerzen, namentl. in der rechten Schulter und beim Atmen.

Stat. praes. Kräftiger Mann. Puls beschleunigt, kräftig. Respiration sehr erschwert, stossweise, oberflächlich, stöhnend. Am rechten Rippenbogen einige Hautabschürfungen. Leberdämpfung normal. Leib druckempfindlich, namentl. das rechte Hypochondrium, hier die Bauchdecken auch gespannt. Compressionsverband. — In den nächsten Stunden nehmen die Schmerzen sehr schnell zu, der Puls wird schnell, weicher und leerer, in der rechten Bauchseite jetzt eine exquisite Dämpfung. Die Bauchdecken hart gespannt. Diagnose: Ruptura hepatis.

Operation. Chloroformnarcose. Wellenschnitt nach Kehr. In der Bauchhöhle massenhaft frisches Blut. Im rechten Leberlappen hinten seitlich ein klaffender Riss (5×10 mm.), der sehr stark blutet. Tamponade. Die Blutung steht. Wunde in zwei Etagen vernäht bis auf die Tamponstelle.

Der Eingriff wurde gut überstanden, doch stellte sich sehr starker Gallenfluss durch die Tampons ein, allmählich nahm das Secret eitrige Beschaffenheit an.

17. Juli. Bronchopneumonie beider Hinterlappen, rechts ausgesprochener.

23. Juli. Die Lungen fangen an sich aufzuhellen. Die Secretion noch immer recht stark.

28. Juli. Lungenbefund fast normal. Secretverhaltung, der Tamponwechsel um den Rippenbogen herum nach hinten oben ins Subphrenium ist sehr schwierig.

5. August. Immer etw. Secretverhaltung, trotz sorgfältiger Drainage. Temp. erhöht. Punktion erfolglos.

10. August. Schmerzen in der Brust rechts hinten, Atmungsbeschwerden. Dämpfung, bronchiales Atmen. Die Tamponfistel secerniert fast garnicht. Temp. 39,0. Punktion des Subphreniums an mehreren Stellen erfolglos.

15. August. Stat. id. Punktion im VIII. ICR. hinten mit positivem Resultat, sofort.

Operation: Eucaïninfiltration nach Schleich, Resection eines Stückes der VIII. Rippe in der hinteren Axillarlinie. Die Pleurahöhle enthält reichlich getrübtes, gelbgraues Exsudat. Eröffnung eines mässig grossen Jaucheherdes im Subphrenium, letzteres und die Pleurahöhle werden drainiert.

19. August. Die Pleurawunde secerniert nicht mehr, hat sich geschlossen.

Die Reconvalescenz des sehr geschwächten Patienten dauerte lange, namentlich die Lungenerscheinungen waren sehr hartnäckig. Die Wunden heilten anstandslos.

1. September. Geheilt entlassen.

Ich habe noch zwei weitere Fälle von traumatischer Leberruptur in derselben Weise operiert, in beiden kam es ebenso zu recht starker Gallensecretion durch die Tampons, in beiden Fällen entstand eine sehr hartnäckige Tamponfistel, die sehr schwer zu versorgen ist, es bilden sich in diesem gewundenen Gang gar zu leicht gefährliche Secretverhaltungen. In diesen beiden Fällen kam es indessen doch nicht zur Bildung eines subphrenischen Abscesses wie in Fall 1, doch scheinen sie mir wie dieser und der folgende Fall auch durchaus zu beweisen, dass es irrationell ist, einen subphrenischen Eiterherd, namentlich einen rechtsseitigen, von vorne her zu eröffnen. Die Tamponade um den Rippenbogen herum in dem schmalen Raum zwischen Diaphragma und der wenig nachgebenden Leber ist sehr schwierig, der Tamponwechsel sehr schmerzhaft, Drains kann man schwer brauchen, da sie durch den Rippenbogen abgeknickt werden.

2. Fall A. E. 32 a. n. Peritonitis purul. diffus Appendicitis gangraenosa. Laparotomie. Heilung. Abscess. subphrenic. Incision vorn. Perpleurale Eröffnung, Drainage, Heilung.

Aufnahme in die chir. Abt. d. Rig. Stadtkrankenh. 10. Juni.

Anamnese: Seit einer Woche leichte Leibschmerzen, gestern nach Ol. ricini plötzlich rasende Schmerzen im ganzen Leibe, Erbrechen, Atmungsbeschwerden. Der Zustand ist seit gestern immer schlechter geworden.

Stat. praes. Schwer alterierter Allgemeinzustand. Zunge trocken, Halo. Puls 100, weich. Respiration rein kostal. Abdomen eingezogen, gespannt. überall druckempfindlich. Operation: Längsschnitt am lateralen Rectusrande. Aus der Bauchhöhle strömt in grosser Menge flüssiger Eiter, der sich überall findet, am reichlichsten in den subphrenischen Räumen und im kleinen Becken. In der Ileocöcalgegend ist der Eiter jauchig; nirgends Adhäsionen. Der 15 cm. lange daumendicke Wurmfortsatz ist zu $^3/_4$ nekrotisch, wird entfernt. Ausgiebige Spülung der ganzen Bauchhöhle mit Kochsalzlösung. Auf den Längsschnitt wird zur besseren Ableitung der Secrete ein Querschnitt nach hinten gesetzt und durch diesen die Cöcalgegend und zum Subphrenium rechts hinauf tamponiert.

Der Verlauf war günstig, die Wundhöhle schloss sich ziemlich schnell, die Peritonitis heilte aus. Am 10. Juli wurde Pat. auf eigenes Verlangen entlassen. Es bestand noch eine spärlich secernierende Tamponfistel, die Temp. war abends noch unbedeutend erhöht. — Am 15. August, also einen Monat später, wandte sich Pat. wieder an mich, er hatte sich inzwischen von einem Feldscher behandeln lassen, sein Zustand hatte sich allmählich verschlechtert, er hatte immer Schmerzen rechts hinten, Husten, Appetitlosigkeit und konnte sich nicht recht erholen. Aufnahme in die Privatklinik 15. Aug.

Stat. praes. Sehr reduzierter Ernährungszustand, Zunge belegt, trocken. Temp. erhöht, Puls 110. In der zarten Laperotomienarbe sieht man etwas seitlich eine Fistel, mit belegten Granulationen. Zur Lumbalgegend hin etwas Druckempfindlichkeit und Resistenz. Die Auskultation ergiebt rechts hinten etwas unreines Atmen. Punction des subphrenischen Raumes erfolglos. Gegen Abend Schüttelfrost, Temp. 40. Aus der Fistel hat sich plötzlich ziemlich reichlich stinkender Eiter entleert. Operation. Unter Localanästhesie wird von der Fistel aus nach oben eine Incision gemacht: reichlich Eiter. Die Kornzange dringt in den subphrenischen Raum. Tamponade.

17. August. Zunächst Wohlbefinden. Temp. fällt ab.

20. August. Der Abfluss ist mangelhaft trotz eines Drainrohrs, Temp. steigt wieder etwas. Beim Entfernen des Drains quillt immer etwas Jauche nach. Die dringend proponierte Operation (perpleurale Eröffnung des Herdes) wird abgelehnt.

25. August. Stat. id.

28. August. Pat. ist mit der Operation einverstanden, verlässt aber die Klinik aus materiellen Rücksichten und begiebt sich ins Stadtkrankenhaus, wo er am 6. September von Dr. von Bergmann operiert wurde u. zw. perpleural. Nach Resektion der XI. und XII. Rippen fand sich der Complementärraum total obliteriert und es wurde eine grosse subphrenische Höhle eröffnet, die ganz hinten lag und ziemlich wenig Eiter enthielt. Tamponade. Jetzt ungestörte Reconvaleszenz. Pat. erholte sich schnell und wurde am 7. October mit einem oberflächlichen Granulationsstreifen entlassen. (Auszug aus dem Krankenjournal.)[1]

3. Fall H. B. 10 a. n. Ulc. ventriculi perfor. Peritonitis. Abscess. subphren. Perpleurale Eröffnung. Drainage. Heilung.

Anamnese: Am 5. November wurde ich von Dr. Schmähmann zu dem Pat. gerufen, der seit vier Tagen krank war und das Bild einer schweren Perforationsperitonitis bot mit elendem, jagendem Puls, schneller, oberflächlicher Respiration, kolossal aufgetriebenem Abdomen und Dämpfungen in den Flanken. Ich lehnte den Eingriff ab. Am 14. November wurde ich wieder gerufen, das Kind hatte sich wider Erwarten erholt, doch traten in den letzten Tagen Schmerzen und Atmungsbeschwerden auf der linken Seite auf, die Temperatur stieg wieder.

Status praes. Elend aussehender, sehr blasser Knabe. Halo um die Augen. Lippen und Zähne trocken und belegt. Respiration beschleunigt, oberflächlich. Puls 140, klein, weich. Die linke Thoraxhälfte in den unteren Partien deutlich vorgewölbt, bleibt bei der Atmung stark zurück, von der VII. Rippe an complete Dämpfung und Resistenz. Vorne Resistenz und Dämpfung, den Rippenbogen nach unten um zwei Querfinger überschreitend. Die ganze Partie ist druckempfindlich. Abdomen ziemlich stark aufgetrieben und etwas druckempfindlich. Resistenzen. Punction im VIII. JCR. ergiebt in einer Tiefe von 5 cm. sehr reichlichen dünnflüssigen, bräunlichen, fade riechenden Eiter. In die Privatklinik aufgenommen.

15. November. Operation. Chloroformnarcose. Schnitt auf die IX. Rippe hinten, es wird ein 10 cm. langes Stück der X. Rippe reseciert. Eröffnung des Complementärraumes, derselbe ist ganz frei. Schutztampons gegen die Pleurahöhle, Incision ins Diaphragma, es entleeren sich ca. $1^1/_2$ Liter bräunlichen, fade riechenden, nicht gashaltigen Eiters. Die Höhle ist gut abgeschlossen, liegt zwischen Diaphragma einerseits und Milz und Magen andererseits, enthält auch Speisereste. Zwei grosse Drains.

Der Verlauf war günstig, die Höhle schloss sich recht schnell, und am 11. December wurde Pat. in ambulatorische Behandlung entlassen. Er hat sich ausgezeichnet erholt, das Magenulcus macht keine Erscheinungen. Nur der Leib ist noch sehr gross und die Verdauung träge — wohl eine Folge der überstandenen Peritonitis. Auch der Puls blieb noch Monate hindurch frequent.

---

[1]) Für die freundliche Ueberlassung der Krankengeschichte sage ich meinem ehemaligen Lehrer, Herrn Dr. v. Bergmann, meinen besten Dank.



Ueber den Stand der Irrenfürsorge in Kurland.

Von

Dr. med. Hermann Hildebrand (Mitau).

(Vortrag, gehalten auf dem I. Kurländischen Aerztetag in Mitau).

Die ersten Anfänge einer staatlichen Irrenfürsorge in Russland reichen bis in die Regierungszeit der Kaiserin Katharina zurück. In sämmtlichen Gouvernements des Reiches wurden die sogenannten Collegien der allg. Fürsorge (Приказы общественнаго призрѣнія) begründet, zu deren Aufgabe durch einen Ukas vom 7. Nov. 1775 auch die Errichtung und Unterhaltung von Irrenhäusern gemacht wurde. Es wurden im Anschluss an die allgemeinen Krankenhäuser besondere Abteilungen zur Unterbringung und Verpflegung von Geisteskranken begründet. Das erste derartige Institut wurde bereits im Jahre 1776 in Nowgorod eröffnet. Im Jahre 1810 existierten im Innern des Reiches schon 14 derartige Abteilungen. Auch in Livland begann das Collegium der allg. Fürsorge mit der Begründung eines Krankenhauses bereits im Jahre 1784 seine Tätigkeit — in Riga; im Jahre 1810 wurde eine Abteilung für Geisteskranke angeschlossen. Ueber die Verpflegung Geisteskranker wird jedoch erst vom Jahre 1824 ab berichtet.

Wir besitzen eine Irrenenquête aus dem Jahre 1840, die von dem Leib-Medicus von Rühl für das ganze Reich veranstaltet wurde. Rühl fand gerade in den Ostseeprovinzen eine ganz besonders grosse Zahl von Irren, im Vergleich mit den übrigen Gouvernements des Reiches: im Balticum 1503 Kranke, für Livland allein etwa im Verhältnis von 1:670 Bewohnern, während in den anderen Gouvernements ein Kranker auf 2700 Bewohner entfiel.

In Kurland zählte Rühl auf 550000 Einwohner 188 Geisteskranke, was einem Verhältnis von 1:290 entspricht.

Zum 1. Januar 1864 befanden sich in den allgemeinen Abteilungen des Krankenhauses des Collegiums der allg. Fürsorge zu Mitau 15 Geisteskranke beiderlei Geschlechts. Mit Rücksicht auf die Notwendigkeit einer gesonderten Verpflegung dieser Kranken wurden im Jahre 1869, getrennt von den allgemeinen Abteilungen, Räume zur Aufnahme von 24 Kranken hergerichtet. Diese Irrenabteilung war bald überfüllt, da die Zahl der Kranken in schnellem Ansteigen war, und so wurden aus — ursprünglich 24 Betten mit der Zeit 100, und zwar 55 für Männer, 45 für Frauen.

Die Zahl der Geisteskranken in Kurland wuchs unterdessen beängstigend schnell an. Während die Enquête vom Jahre 1840 für Kurland erst 188 Kranke ergab, zählte man deren nach Pasternazki (citiert nach Luiga) im Jahre 1884 bereits 1511, d. h. etwa einen Kranken auf 400 Bewohner. Im Jahre 1844 war beim Ministerium des Innern unter dem Vorsitz des Ministergehilfen Senjawin eine besondere Kommission niedergesetzt worden, die sich mit den behufs Reorganisation des Irrenwesens erforderlichen Massnahmen zu befassen und über die Errichtung von Gouvernementsirrenhäusern zu beraten hatte. Der Minister des Innern, Graf Perowsky, machte der Commission den Vorschlag, Bezirksirrenanstalten für mehrere neben einander gelegene Gouvernements gleichzeitig zu begründen. Diese neuen Krankenkäuser sollten im Wesentlichen der Aufnahme von acuten, heilbaren Kranken dienen, während die unheilbaren, chronischen Patienten nach wie vor in den Irrenabteilungen der Krankenhäuser des Collegiums verpflegt werden sollten.

Die Commission erklärte die Errichtung von 8 centralen Irrenanstalten für erforderlich. Man nahm folgende Städte dafür in Aussicht: St. Petersburg, Moskau, Kasan, Charkow, Odessa, Kiew, Wilna und Riga. Die 3 Ostseeprovinzen sollten zu dem Rigaschen Bezirk gehören. Die Irrenanstalt selbst war für eine lächerlich kleine Zahl von Kranken projectiert: für Estland, Livland und Kurland zusammen nur 125 Betten.

Die Mittel für den Ausbau und Unterhalt sollten die Collegien der allg. Fürsorge hergeben. Aus mancherlei Gründen unterblieb die Ausführung dieses Projects.

Im Jahre 1854 wurde von einer neuen Commission die Frage einer Bezirksirrenanstalt abermals in Angriff genommen. Die Commission beschloss, eine Irrenanstalt in der Nähe von Dorpat auf dem Grunde des Kronsgutes Marienhof zu errichten, und bat zu diesem Zweck um die Ueberlassung von 18 Desjatinen. Die medicinische Fakultät in Dorpat erklärte sich mit dem Project einverstanden. Es sollte ein Krankenhaus mit 125 Betten werden, von denen 63 für die Bedürfnisse Livlands, 35 für Kurland und 27 für Estland bestimmt waren, proportional der Zahl der Bewohner. Der Bau sollte ca. $^1/_4$ Million Rubel kosten. Durch die Schwierigkeit der Beschaffung des Baucapitals und der zum Unterhalt des Krankenhauses erforderlichen Mittel, die durch Selbstbesteuerung des ganzen Landes aufgebracht werden sollten, wurde die Ausführung auch dieses Planes ungebührlich verzögert, trotzdem Generalgouverneur und Regierung tätigen Anteil an der Sache nahmen. Nicht zuletzt trug an dieser Verzögerung der Krimkrieg die Schuld, der riesige Opfer von dem ganzen Reiche verlangte. Mittlerweile wurde im Jahre 1859 bereits mit dem Bau einer Bezirksirrenanstalt (окружная лечебница) in Kasan begonnen, die zum Jahre 1869 fertiggestellt und eröffnet wurde.

Die Pläne und Kostenanschläge der Kasanschen Anstalt wurden im Jahre 1860 dem Generalgouverneur für die Ostseeprovinzen zugestellt, mit der Weisung, die Angelegenheit der Irrenfürsorge energisch in die Hand zu nehmen. Im Januar 1861 ernannte der Fürst Suworow eine neue Commission, „zur Bearbeitung des gesammelten statistischen Materials und zum Zwecke der Ausfindigmachung der erforderlichen Mittel“. Diese Commission wandte sich an die medicinische Facultät zu Dorpat, mit der Bitte, ein Votum darüber abgeben zu wollen, ob das vorhin erwähnte Landstück auf dem Kronsgute Marienhof bei Dorpat zur Errichtung einer Irrenanstalt wohl geeignet sei. Bei der Wahl des Ortes verfolgte man auch Lehrzwecke, indem man sich die Irrenanstalt im Zusammenhang mit der medicinischen Facultät dachte. Diese wählte ihrerseits eine aus 3 Gliedern bestehende Subcommission, die das in Aussicht genommene Grundstück in Marienhof auf das genaueste besichtigte und für geeignet befand. Die Commission erklärte die möglichst baldige Errichtung einer Irrenanstalt für dringend geboten, umsomehr als sich die Krankenhäuser der Collegien der allg. Fürsorge im Balticum in einem ganz trostlosen Zustande befanden. Die Commission in Riga, die die Hauptaufgabe hatte, die für den Bau einer Bezirksirrenanstalt in Dorpat erforderlichen Mittel aufzubringen, wollte von der anfänglich geplanten directen Seelenbesteuerung, im Interesse einer gerechteren, gleichmässigeren Verteilung der Lasten auf alle Stände des Landes zugleich und gemeinsam absehen und schlug vor, es solle die Krone das Grundkapital hergeben, während die Kosten für die Erhaltung der Anstalt von den Gouvernementskassen getragen werden sollten. Dieses Projekt wurde im Ministerium für annehmbar erklärt und — man liess die Sache auf sich beruhen.

Im Ministerium trat man der Frage nach Errichtung einer Bezirksirrenanstalt noch einmal näher — im Jahre 1863. Die Vertreter der Ostseeprovinzen erklärten den Bau von zwei Irrenhäuser zu je 125 Betten in Dorpat und in Riga für notwendig, an Stelle der projectierten einen Anstalt in Dorpat. Einmal, so wurde diese Erklärung motiviert, sei die Zahl von 125 Betten durchaus ungenügend zur Aufnahme sämmtlicher Geisteskranken in allen baltischen Provinzen, und dann, so hiess es, erfordere die bekannte Doppelsprachigkeit der Landbevölkerung allein schon 2 Anstalten, in Riga und in Dorpat, um eine sprachliche Trennung der Kranken durchführen zu können. Käme, aus Mangel an Mitteln, nur eine von beiden Anstalten in Frage, so sei der Vorzug vor Dorpat unbedingt Riga zu geben, das mit mehr Recht die Lage eines geographischen Centrums der Ostseeprovinzen für sich in Anspruch nehmen könne.

Das Ministerium schlug schliesslich vor, in Riga eine Irrenanstalt mit 250 Betten zu errichten und baldmöglichst zum Bau zu schreiten. Auch dieser Plan gelangte nicht zur Ausführung und teilte das Schicksal all seiner Vorgänger, indem auch er der Vergessenheit anheimfiel.

Die Anstalt Rothenberg bei Riga besteht bekanntlich seit dem Jahre 1862 und verdankt ihre Entstehung der Initiative des Dr. Brutzer, ihres ersten Direktors.

Dazu kam für Livland vom Jahre 1881 ab die psychiatrische Klinik zu Dorpat. Ursprünglich als Irrenasyl zu Dorpat begründet, aus den allerkleinsten Anfängen hervorgegangen, zeigt uns das Beispiel der Dorpater psychiatrischen Klinik, wie Prof. Tschish (citiert nach Luiga) sagt, so recht, wieviel geradezu vom einzelnen erreicht werden kann, wenn sich guter Wille und Verständnis für eine Sache mit rastloser Energie verbinden. Ich meine die ganz persönlichen Verdienste des Prof. Eduard v. Wahl um die Dorpater psychiatrische Klinik.

In Livland constituierte sich im Jahre 1899 „die Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke", während in Estland bereits seit dem Jahre 1897 eine Gesellschaft bestand, die die gleichen Ziele verfolgte. Am 31. October 1903 konnte in Estland die Irrenanstalt Seewald bei Reval mit 100 Betten eröffnet werden, in Livland die Irrenanstalt Stackeln mit vorläufig 128 Betten im Januar 1907.

Wie steht es nun bei uns in Kurland mit der Irrenfürsorge? Im Jahre 1886 beschloss die kurl. Predigersynode, ein Asyl für Epileptiker, Blöde und Schwachsinnige zu begründen. Es wurde zu diesem Zweck eine 3-gliedrige Commission niedergesetzt, bestehend aus den Pastoren Katterfeld, Seraphim und G. Seesemann. Auch die kurl. Ritterschaft nahm von vornherein tätigen Anteil an dem neuen segensreichen Werk, indem sie einen ständigen Delegierten zu den Verhandlungen der Commission abordnete und das Unternehmen selbstverständlich auch in materieller Beziehung unterstützte. Ausserdem war der freien Liebestätigkeit, angeregt durch die Pastoren in den Gemeinden, durch regelmässige kirchliche Collecten und der privaten Wohltätigkeit, durch Veranstaltung von Bazaren etc. ein weiter Spielraum gelassen. Am 22. Mai 1887 wurde die Ihnen allen wenigstens dem Namen nach bekannte Anstalt „Thabor" bei Mitau mit 2 Kranken eröffnet. Die neue Anstalt wohnte anfänglich zur Miete und war bei ihrer Begründung für nur 15 Kranke gedacht. Bald jedoch zeigte sich, wie dringend das Bedürfnis nach einer derartigen Anstalt gewesen war: Die Anstalt wuchs von Tag zu Tage, es wurde im Januar 1889 eigener Grund und Boden erworben, es entstand ein Haus nach dem andern, Krankenabteilungen und Wirtschaftsgebäude.

Seine gedeihliche Entwicklung verdankt Thabor zum grossen Teil der seltenen Energie und Schaffensfreudigkeit Pastor Katterfelds, der sich die Bodelschwinghschen Anstalten Bethel bei Bielefeld im wesentlichen zum Vorbilde genommen hat.

Die ärztliche Leitung der Anstalt liegt seit ihrer Eröffnung in den Händen von Dr. Otto-Mitau, dessen Freundlichkeit ich auch die nachfolgenden Angaben über die Frequenz der Anstalt verdanke. Zum 1. Januar 1907 verblieben in der Anstalt 234 Kranke; im Laufe des Jahres 1907 hinzugekommen 67, gestorben 28, entlassen 28 Kranke, ergiebt zum 1 Januar 1908 — 245 Kranke. Da die Zahl der Betten nur 225 beträgt, erhellt, dass die Anstalt Thabor stets überfüllt ist.

Das Jahresbudget der Anstalt Thabor beträgt die stattliche Summe von etwa 23600 Rbl.

Von den zum 1. Januar 1908 verbliebenen Kranken litten an Epilepsie 24, Schwachsinnige und Blöde von Geburt oder Schwachsinnige infolge von langjähriger Epilepsie oder als Ausgang verschiedener Geisteskrankheiten wurden 221 gezählt.

Die Anstalt Thabor besass infolge Erweiterung ihres Statuts durch Aufnahme des § 7 im Jahre 1898 das Recht, auch eine Abteilung für Geisteskranke in akuter Form zu eröffnen. Als solche Abteilung von Thabor, gleichsam als ein Appendix, wurde am 1. Januar 1901 unsere Irrenanstalt bei Mitau eröffnet. Die Vorgeschichte ist folgende: Die kurl. Ritterschaft hatte sich bereits seit längerer Zeit mit dem Gedanken getragen, eine Irrenanstalt zu bauen, und zu diesem Zweck Stiftungscapitalien angesammelt, die im Jahre 1900 die Höhe von annähernd 70000 Rbl. erreicht hatten. Trotzdem diese Summe natürlich nicht annähernd ausreichte, um eine wirklich den Bedürfnissen des Landes entsprechende Irrenanstalt zu errichten, beschloss die Ritterschaft dennoch, im Hinblick auf die dringende Notwendigkeit einer zweckmässigeren Versorgung der Geisteskranken im Lande, ungesäumt zu dem Bau der Irrenanstalt zu schreiten. Es wurde das infolge Schliessung des Lehrerseminars freistehende ritterschaftliche Gebäude in Irmlau, 18 Werst von Tuckum belegen, für die Irrenanstalt in Aussicht genommen. Director Tiling-Rothenberg lehnte dieses nicht sehr glückliche Project ab, mit der Motivierung, dass sich eine Irrenanstalt erfahrungsgemäss nur in nächster Nähe einer Stadt gedeihlich entwickeln könne. Infolge Aufforderung durch das Ritterschafts-Comitee, das der Landtag mit den Vorarbeiten für die Irrenanstalt betraut hatte, besichtigte Director Tiling am 6. Mai 1900 ein von der Anstalt Thabor der Ritterschaft zum Kauf angebotenes Grundstück, etwa 14 Lofstellen gross, mit einem daraufstehenden, soeben im Rohbau fertiggestellten 2-stöckigen massiven Haus, das ursprünglich für unheilbar Sieche, körperlich Kranke bestimmt war. Auf den Rat von Director Tiling wurde dieses Haus dann nachträglich den Bedürfnissen einer Irrenanstalt angepasst und für die Aufnahme von ruhigen männlichen Kranken hergerichtet. In schneller Folge kamen hinzu Doctorat, Wirtschaftsgebäude und Wachabteilung. Diese, bereits am 15. Juli 1902 eröffnet, zerfällt durch eine massive Verticalwand in der Mitte in 2 Teile, die ihre gesonderten Eingänge von der Seite des Hauses her haben, und so schliesst sie gleichzeitig Männer- und Frauenabteilung in sich. Vom Sommer 1904 ab haben wir noch ein Haus für ruhige Frauen, das äusserlich fast vollständig der ruhigen Männerabteilung entspricht, in seinem Innern jedoch, da es von vornherein als Irrenabteilung gebaut wurde, mancherlei Verbesserungen auf-

weist. Mithin besitzen wir je eine ruhige Abteilung für je 20 männliche und weibliche Kranke und 2 Wachabteilungen für Männer und Frauen unter einem Dach, je für 10—15 Kranke ausreichend.

Leider stellte sich bald heraus, dass bei uns, wie überall, die gleichzeitige Unterbringung von unruhigen, lauten und von ruhigen, jedoch der Ueberwachung bedürftigen Kranken in einer Abteilung viele Unzuträglichkeiten mit sich bringt. Noch Anfang April 1907 hatte ich Gelegenheit, in einer dem Ritterschafts-Comitee eingereichten Denkschrift darauf hinzuweisen, dass die Errichtung einer zweiten Wachabteilung schon bei der gegenwärtigen Lage der Dinge als nächstes Ziel anzustreben sei, damit wir unseren Aufgaben, auch in dem bisher gesteckten engen Rahmen einer Anstalt für 60 Kranke, gerecht werden können.

Vielleicht darf ich auf Ihr Interesse rechnen, wenn ich mir erlaube, Ihnen, meine Herren, im Folgenden einige Daten über die Entwicklung unserer jungen Anstalt mitzuteilen.

Eröffnet wurde unsere Anstalt als „Irrenheilanstalt bei Thabor" am 1. Januar 1901. Mit der Leitung der Anstalt wurde ich betraut. Seit dem 6. Februar 1902 besitzt die Anstalt ein eigenes, ministeriell bestätigtes Statut und führt den Namen „Irrenheil- und Pflegeanstalt der kurl. Ritterschaft bei Mitau". Der Kürze halber und auch, um fortwährenden Verwechslungen mit der Anstalt Thabor, die ja wesentlich andere Aufgaben hat als wir, vorzubeugen, wurde es vorgezogen, der Anstalt den Namen „Günthershof" beizulegen, den wir seit etwa 1 Jahr führen. Dieser Name hat seine historische und geographische Berechtigung, wenn Sie wollen; es soll damit gesagt sein, dass unsere Irrenanstalt auf dem Grunde des allen älteren Mitauern gewiss bekannten Güntherschen Höfchens belegen ist.

Im Frühjahr 1904 wandte ich mich an das kurl. Ritt. Comitee mit einer Eingabe, in der ich die Notwendigkeit der Anstellung eines 2. Arztes betonte. Meiner Bitte wurde bereitwilligst entsprochen, und auf meinen Vorschlag am 1. Mai 1904 als 2. Arzt der Anstalt Dr. med. Wilhelm Stieda angestellt. Noch in demselben Monat leider wurde mein Herr College in den Krieg einberufen, aus dem er erst Ende März 1906 zurückkehrte, um seine Arbeit wieder aufzunehmen.

Im 1. Jahr ihres Bestehens — 1901 — nahm unsere Anstalt 21 Patienten auf, im Jahr 1902 — 35, 1903 — 58, 1904 — 61, 1905 — 62, 1906 — 93, 1907 — 103. Zum 1. Mai 1908 haben wir im ganzen 468 Aufnahmen gehabt, darunter 279 Männer und 189 Frauen, was einem Verhältnis von 4 : 3 entspricht, wie wir es auch anderen Orts an grösserem Material wiederfinden können. In Betracht zu ziehen ist vielleicht auch, dass wir in der Zeit vom 1. Januar 1901—15. Juli 1902 ausschliesslich Männer — bis dahin 30 — aufzunehmen in der Lage waren, so dass eigentlich die Zahlen 249 und 189 mit einander zu vergleichen sind.

Nach den in einer Irrenanstalt am häufigsten zur Behandlung kommenden Krankheitsformen haben wir unter unserem Material — 468 Kranke bis 1. Mai 1908 — im ganzen 60 Paralytiker (darunter nur 2 Frauen) gehabt = 13 %, 96 Fälle von manisch-depressivem Irresein = 20 %. 134 Fälle von Dementia praecox = 30 %.

Bisher hatten wir 47 Todesfälle, also genau 10 %, 41 Männer und 6 Frauen, davon 1 mal sicher Suicid, ein 2. mal unsicher, ob Suicid oder nicht, und 1 Unglücksfall: ein Patient im jugendlichen Alter von 25 Jahren, der an hallucinatorischer Verwirrtheit litt, verstarb ganz plötzlich bei seiner Morgenmahlzeit. Die Section ergab Tod durch Erstickung, infolge aufgeweichter Brodmassen im Kehlkopfeingang.

Bei einer Durchschnittszahl von etwa 50 Kranken beträgt das Pflegepersonal bei uns 18 Personen und zwar 10 Pfleger und 8 Pflegerinnen — wir wenden, nebenbeigesagt, grundsätzlich die Bezeichnung „Pfleger" und „Pflegerin" anstatt der früher ganz allgemein üblichen Bezeichnungen „Wärter" und „Wärterin" an. Es würde sich für unsere Anstalt mithin das Verhältnis von 1 Pfleger resp. Pflegerin auf 3 Kranke ergeben, was als durchaus genügend bezeichnet werden muss. Mit der Qualität des Pflegepersonals freilich ist es etwas anders. Abgesehen von einer der Gesellschaft angehörenden Dame, die psychiatrisch ausgebildet, der Frauenabteilung vorsteht, und einem reichsdeutschen Oberpfleger für die Männerabteilung, der in gleicher Eigenschaft jahrelang an der psychiatr. Klinik der Charité unter einem Westphal und Jolly gearbeitet hat und sich für seinen Posten in jeder Weise qualificiert, haben wir es durchweg mit einem völlig rohen, ungeschulten Material zu tun. Dazu kommt, dass wir unter dem Pflegepersonal einen fast beständigen Wechsel haben; namentlich die männlichen Pfleger sind durchaus nicht auf die Dauer und bleibend mit den Interessen der Anstalt zu verknüpfen — trotz verhältnissmässig günstigen Dienstbedingungen. Der Lohn eines Pflegers und einer Pflegerin — beide sind bei uns völlig gleichgestellt — beträgt 7—20 Rbl. Der Anfangsgehalt steigt jedes halbe Jahr um je 1 Rbl., bis zu 15 Rbl., von da ab erst alle Jahre um 1 Rbl., bei völlig freiem Unterhalt selbstredend, wozu zum Teil sogar Anstaltskleidung gehört. Nebenbei hat das Personal recht viel freie Zeit und Ausgänge, im Sommer 14 Tage Urlaub, nach 3-jähriger Dienstzeit sogar einen ganzen Monat.

Seit ein paar Jahren haben wir bei uns die sog. „schottische Nachtwache", d. h. Pfleger und Pflegerin wachen längere Zeit, bei uns 1 Monat hindurch, Nacht für Nacht. Am Tage sind sie natürlich von jeder dienstlichen Verpflichtung frei. Ich muss diesem System, gegenüber dem früher üblichen täglichen Wechsel der Nachtwache, ja sogar in doppelter Schicht für eine Nacht, unseren Erfahrungen zufolge unbedingt den Vorzug geben.

Im Jahre 1906 hatten wir im ganzen 14690 Pflegetage. Die Kosten des Gesammtunterhalts pro Tag und Kopf beliefen sich auf 1 Rbl. 80 Kop. Im letzten abgeschlossenen Berichtsjahr (1907) fiel diese Zahl auf 1 Rbl. 69 Kop., bei einer Gesammtzahl von 15772 Pflegetagen und Gesammtausgaben im Betrage von 26625 Rbl. 88 Kop.

Der letzte ordentliche Landtag vom Jahre 1905 bewilligte uns für das laufende Triennium eine Subvention aus Ritterschaftsmitteln bis zu 3000 Rbl. jährlich, da die Erfahrung ergeben hatte, dass die Anstalt trotz der relativ hohen Pflegesätze von 50 und 60 Rbl. monatlich für die II. Classe, 60 und 70 Rbl. für die I. Classe (Nichtkurländer 60 resp. 70 Rbl.), regelmässig mit einem Deficit arbeitete. So haben wir noch im Jahre 1907 ca. 2500 Rbl. aus der Ritterschaftskasse bezogen. Der Grund für unsere Unterbilanz ist in dem mangelhaften Einfliessen der ausstehenden Pflegegelder zu suchen, die uns zum grossen Teil Land und Stadtgemeinden, aber auch Private schulden. Zum 1. April 1908 haben diese unsere Ausstände bereits die erschreckende Höhe von 9649 Rbl. 86 Kop. erreicht, etwa die Hälfte davon wird wohl über kurz oder lang als inescegibler Ausstand gestrichen werden müssen.

Da sich die bisherigen Baukosten für unsere Anstalt, einschliesslich parkartiger Gartenanlagen, auf die bei

uns von vornherein grosses Gewicht gelegt wurde, und Beschaffung des nötigen Inventars, in runder Summe auf etwa 100000 Rbl. belaufen, die Ritterschaft jedoch nur ca. 70000 Rbl. an Stiftungscapitalien zur Disposition hatte, ergiebt sich, dass die Ritterschaft noch weitere 8000 Rbl. der Anstalt an fonds perdu geopfert hat, abgesehen von den bereits erwähnten regelmässigen jährlichen Subventionen. Es ist daher eine durch nichts gerechtfertigte Unterstellung, die ich auch an dieser Stelle mit allem Nachdruck zurückweisen möchte, wenn Dr. Luiga in seiner, sonst durchaus dankenswerten historisch-kritischen Arbeit über die Irrenfürsorge im Balticum gegen die kurl. Ritterschaft den Vorwurf erhebt, als hätte diese in ihrer Irrenanstalt ein lukratives kaufmännisches Unternehmen ins Leben gerufen, das wohl geeignet sei, Revenuen abzuwerfen. Es liegt ja in der Natur der Sache, dass eventuelle Ueberschüsse, die sich in einer Irrenanstalt ergeben, dieser selbst wieder zu gute kommen müssen, durch Vervollständigung und Verbesserung ihrer Einrichtungen. Da von der so notwendigen Erweiterung unserer Irrenanstalt durch Angliederung einer III. billigen Verpflegungsklasse aus mancherlei Gründen, nicht zuletzt aus Mangel an Mitteln, auf eine Reihe von Jahren hinaus Abstand genommen werden musste, hat die kurl. Ritterschaft schon seit längerer Zeit die Absicht, für eine Zahl von Plätzen, etwa 15—20, eine beträchtliche Ermässigung des Pflegesatzes eintreten zu lassen, mit dem Moment, wo die Anstalt in der Lage ist, sich selbständig zu erhalten, wie ich es überhaupt mit Dank annehmen muss, dass die kurl. Ritterschaft jedem, inbezug auf die Verbesserung der Anstalt von mir geäusserten Wunsch, sofern die Erfüllung nur im Bereiche der Möglichkeit lag, jederzeit mit grösster Bereitwilligkeit und viel Verständnis entgegengekommen ist und dem Director der Anstalt innerhalb seines Arbeitsgebietes eine fast uneingeschränkte, durch keinerlei bureaukratische Vorschriften beengte Bewegungs- und Dispositionsfähigkeit gelassen hat.

Bevor ich zur Erörterung der Massnahmen übergehe, die im Interesse einer weitausblickenden, dem ganzen Lande dienenden Irrenfürsorge zu ergreifen wären, möchte ich Ihnen an der Hand von Daten, die mir von den betreffenden Herren Collegen gütigst zur Verfügung gestellt sind, einige Mitteilungen über die übrigen in Kurland existierenden Abteilungen zur Verpflegung von Geisteskranken machen.

Die Anstalt Thabor mit ihren 225 Plätzen beherbergt unter ihren Insassen jederzeit eine ganze Anzahl von Geisteskranken im engeren Sinn, meist allerdings abgelaufene Fälle, aber auch eine ganze Reihe von Patienten mit acuteren Formen von jugendlichem Schwachsinn (Dementia praecox). Dank dem freundlichen Entgegenkommen der Anstalt Thabor, hat sich bei uns geradezu der Usus eingebürgert und beansprucht schon Gewohnheitsrecht, dass unheilbar schwachsinnige Kranke, bei denen die Aufgabe der Anstalt lediglich in einer Verpflegung besteht, nach Ablauf einer gewissen Beobachtungsdauer, namentlich, sobald sich Zahlungsschwierigkeiten für die Angehörigen der Kranken ergeben, in die benachbarte Anstalt Thabor übergeführt und daselbst zu wesentlich billigeren Pflegesätzen aufgenommen werden.

Herr College Pelling, Ordinator an der Abteilung für Geisteskranke am Krankenhaus des kurl. Collegiums der allg. Fürsorge zu Mitau, berichtet über die Tätigkeit dieser seiner Abteilung im Jahre 1907 Folgendes: Zum 1. Januar des Berichtsjahres verblieben 113 Kranke (66 Männer und 47 Frauen), hinzu kamen 43 M. und 32 Fr., ausgeschrieben wurden 53 Kranke (34 M. und 19 Fr.), gestorben sind 21 Patienten (10 M. und 11 Fr). so dass zum 1. Januar 1908 — 65 M. und 49 Fr. = 114 Patienten verblieben. Ausser den im Collegium zur Verfügung stehenden 100 Betten für 55 M. und 45 Fr., werden 10 Plätze für forensische Fälle reserviert. In der Tat wird die Zahl von 100 Plätzen wegen des beständigen gewaltigen Andranges immer überschritten: der kurl. Gouverneur hat das Recht, jederzeit in dringenden Fällen die Aufnahme eines Kranken extra ordinem zu verfügen. Durch die forensische Tätigkeit — die Beobachtung von Arrestanten muss unter ganz unzulänglichen Bedingungen vor sich gehen — ist die ohnehin schwierige Arbeit des Arztes nicht unbedeutend kompliciert.

In der Irrenabteilung des Collegiums kommt auf eine Gesammtzahl von 110—115 Kranken ein Pflegepersonal von 20 Personen, von denen 2 „служители" (Diener), da sie ausschliesslich Türsteherdienste zu verrichten haben, noch in Abzug zu bringen sind. Es würde sich hier mithin ein Verhältnis von 1 : 6 ergeben.

Der Modus der Aufnahme in das Collegium zu Mitau ist bedauerlicherweise ein recht beschwerlicher. Es muss vorherige Anmeldung bei der Verwaltung erfolgen. Der angemeldete Kranke wird als Kandidat auf einen freien Platz unter eine lange Reihe von Namen — gegenwärtig sollen nicht weniger als 400 Anmeldungen vorliegen — eingetragen und muss dann geduldig abwarten, bis an ihn die Reihe kommt. Darüber können unter Umständen aber Jahre vergehen. Dieser schleppende Modus der Aufnahme, der ja natürlich in dem Mangel an Plätzen seinen Grund hat, bringt die mannigfachsten Unzuträglichkeiten und Gefahren für den Kranken und seine Familie resp. Gemeinde mit sich. Man denke nur daran, eine wie grosse soziale Gefahr ein sich selbst oder seiner Umgebung gefährlicher Kranker oft darstellt! Ich sehe dabei ganz ab von all den wirtschaftlichen Nachteilen, durch Absorbierung der Kräfte von gesunden Personen, die in diesem Fall auf die Pflege und Wartung der Kranken verwandt werden.

Unter ähnlich unzulänglichen, ja geradezu dürftigen Verhältnissen, wie sie an unserem Collegium in Mitau herrschen, muss auch der Stadtarzt in Goldingen, gegenwärtig Dr. Ulmann, eine kleine Abteilung für Geisteskranke an dem dortigen Stadtkrankenhause versehen. In Goldingen wurde beim städtischen Krankenhaus im Jahre 1890 eine Abteilung für Geisteskranke begründet, nachdem schon früher hin und wieder auch derartige Kranke dort Aufnahme gefunden hatten. Es standen zur Verfügung 1 grösserer Saal für die Männer und 2 grössere Zimmer für die Frauen, dazu 3 Isolierzellen. Durchschnittlich fanden 25 Kranke Aufnahme, augenblicklich sind es nur noch 10, da die Stadt, aus Mangel an Mitteln, die Verfügung getroffen hat, die Abteilung ganz zu schliessen und die betreffenden Kranken den Gemeinden zuzustellen. Die Ausstände sind derart angewachsen, dass das Krankenhaus sich nur mit Mühe halten kann, und die Stadt hat weder die Möglichkeit, noch den Willen, die zumeist auswärtigen fremden Gemeinden angehörigen Kranken auf eigene Kosten zu unterhalten. Fürwahr, ein trübes Bild, wie der College Ulmann selbst schreibt.

Etwas erfreulicher sieht es in Libau aus: Im Anschluss an das Armenhaus existierte in Libau bereits seit einer Reihe von Jahren eine kleine Abteilung, in der einige wenige Geisteskranke notdürftig untergebracht und verpflegt waren. Dem rastlosen Bemühen des Collegen Siebert speciell, der diese Abteilung versah, ist es zu danken, dass die Stadt Libau sich dazu entschloss, diesen unmöglichen Zuständen ein Ende

zu machen und in besserer Weise für ihre Geisteskranken zu sorgen. Zum Herbst werden es 3 Jahre, dass die Stadt Libau im Anschluss an das Stadtkrankenhaus, in schöner gesunder Lage in allernächster Nähe des Strandes, einen mit elektrischem Licht und Zentralheizung versehenen, kurz — ganz modern eingegerichteten Pavillon zur Aufnahme von Geisteskranken besitzt, den man seiner Hauptaufgabe nach als Aufnahmestation für acut Erkrankte, nach deutschem Muster vielleicht als Stadtasyl bezeichnen darf. Dieses wird im Jahr durchschnittlich von 100 Kranken aufgesucht. Zur Zeit (Ende April 1908) waren nur 11 Kranke da, im Allgemeinen soll die Zahl etwa 15 betragen, während sogar 20—25 Kranke Aufnahme finden können. Es werden nur die in Libau erkrankten Fälle aufgenommen. In der Tat ist von diesem Princip häufig ganz abgesehen worden, in Anbetracht dringender Not. Die Zahlung beträgt 75 Kop. täglich, gegen eine entsprechende Mehrzahlung wird besserer Tisch gewährt. Es liegt auf der Hand, dass in der aufblühenden und schnell anwachsenden See- und Handelsstadt der Alcohol und auch die Lues eine grosse Rolle spielen. Daher giebt es viele akute Erkrankungen, speciell Delirium tremens. Der Wechsel der Kranken ist als ein starker zu bezeichnen: bei einer Durchschnittszahl von 15 Patienten 100 Aufnahmen im Laufe eines Jahres. Vielleicht ist für Sie nicht ohne Interesse ein kleiner Vergleich mit der Münchener psychiatr. Klinik. Bei einer Zahl von 100 Betten hat sie jährlich etwa 2000 Aufnahmen!

Welche Zahl von Anstaltsplätzen ergiebt sich nun für Kurland, selbst wenn wir alle Möglichkeiten der Verpflegung Geisteskranker in Betracht ziehen? Thabor gewährt zur Zeit etwa 250 Kranken Aufnahme, das Kollegium der allg. Fürsorge 115 Kranken, die Anstalt Günthershof kann über 60 Betten verfügen. Hinzu kämen Libau und Goldingen mit je 25 Plätzen, macht in Summa 475 Anstaltsplätze.

In welchem Verhältnis steht nun die Zahl 475 zu der Zahl der Bewohner von Kurland? Nach der letzten Volkszählung (1897) hatte Kurland eine Bewohnerzahl von 674034. Das würde ein Verhältnis ergeben von 1 Anstaltsplatz auf je 1419 Bewohner. Im Jahre 1864 betrug diese Zahl für die Ostseeprovinzen im ganzen 1:8103, 1874 — 1:7433, 1881 — 1:7664, 1890 — 1:3406, 1898 — 1:2917 und 1906 — 1:2356.

Wenn wir hören, wie die Dinge an anderen Orten liegen, dass in Deutschland beispielsweise im Jahre 1906 auf 5—600 Bewohner durchschnittlich 1 Anstaltsplatz entfällt, ja, dass diese Zahl in einigen Kantonen der Schweiz bis auf etwas über 1:200 fällt (Aargau 1:218, Schaffhausen 1:222), dann müssen wir bekennen, dass wir noch sehr, sehr weit zurück sind.

Den rechten Masstab für die Bedürfnisse des Landes würden freilich erst statistische Erhebungen über die Zahl der vorhandenen Geisteskranken abgeben, da die Verhältnisse und localen Bedingungen nicht überall die gleichen sind und sich die einzelnen Länder daher nicht ohne weiteres mit einander vergleichen lassen. Ich kann Ihnen, da für Kurland seit langem keine umfassende Enquête in dieser Richtung veranstaltet worden ist, natürlih keine ganz zuverlässigen Daten geben. Ich kann Ihnen blos aus dem Bericht der Stadt- und Kreisstädte für das Jahr 1901 die folgenden Zahlen anführen: Es wurden in den Städten und Kreisen Kurlands 931 Geisteskranke im engeren Sinn, 646 Idioten resp. Imbecille und 348 Schwachsinnige infolge von Epilepsie gemeldet, in Summa also 1925 Kranke, was, zur Bewohnerzahl in Beziehung gesetzt, das Verhältnis von 1:350 ergeben würde! Wir haben aber gesehen, dass bei uns in Kurland erst auf je 1419 Bewohner 1 Anstaltsplatz entfällt.

Nicht ohne ein Gefühl von Neid müssen wir auf die Stadt Riga und die Nachbarprovinzen Livland und Estland sehen. Riga hat schon seit langem eine vorzügliche Anstalt, aber auch unsere Schwesterprovinzen haben bereits wohleingerichtete, allen modernen Anforderungen der Psychiatrie entsprechende Irrenanstalten, die sich zur Hauptaufgabe gemacht haben, gerade der bäuerlichen, der Landbevölkerung zu dienen und die in diesem Sinne als richtige Landesirrenanstalten zu bezeichnen sind. Unsere kurländische Anstalt „Günthershof" bei Mitau kann auf diese Bezeichnung leider noch nicht Anspruch erheben.

Unserer Anstalt fehlt gerade noch der wichtigste Teil, die III. Classe. Dass unsere Anstalt diese, wenn Sie wollen, unnatürliche Entwicklung genommen hat, war freilich durch die localen Verhältnisse bedingt, ganz speciell durch die Unmöglichkeit, über die Landesmittel, die sog. Prästandengelder, in derselben Weise zu verfügen, wie es in Livland und Estland geschieht. Kann erst diese reiche Quelle, die zum Unterhalt einer III. Classe bei unserer Anstalt notwendigerweise herangezogen werden müsste, zum Fliessen gebracht werden, dann wird es, so Gott will, auch bei uns anders und besser werden. Wir warten nur auf die Einführung der Selbstverwaltung, die man uns ohne Zweifel zugestehen wird. Eine der vornehmsten Aufgaben des neuen Verwaltungskörpers wird im Zusammenhang mit den übrigen dringend erforderlichen Sanitätsreformen auch die Organisation der Landes-Irrenfürsorge sein. Es müsste dieser Organisation zu allererst eine Aufnahme des Status vorauszugehen haben, da wir wissen müssen, wie gross das zu bekämpfende Uebel ist, um die Axt an die Wurzel legen zu können — ich meine eine umfassende Enquête über die ganze Provinz, ausgeführt von fachkundiger Seite, ähnlich, wie dies in Livland, und, so viel bekannt, auch in Estland geschehen ist, bevor man daran ging, die Irrenanstalten zu bauen. Meines Erachtens wird unsere Anstalt, wenn anders sie wirklich den Bedürfnissen des Landes genügen soll, nicht viel weniger als 500 Betten haben dürfen, namentlich wenn man bedenkt, dass die Abteilung für Geisteskranke am Collegium der allg. Fürsorge zu Mitau, wo die Kranken tatsächlich nur vegetieren, für alle Zeit begraben werden müsste.

Nach Ausführung der Enquête und Feststellung der erforderlichen Grösse der Anstalt müsste ein einheitliches Bauprogramm entworfen und die ganze Anstalt womöglich aus einem Guss aufgebaut werden, mit Berücksichtigung aller Anforderungen der modernen Hygiene und Irrenpflege, mit Ausnutzung aller technischen Errungenschaften der Neuzeit.

Welche Anforderungen werden wir des weiteren an eine wirklich gute Anstalt zu stellen haben? Vor allen werden wir ein gut ausgebildetes, moralisch höherstehendes Pflegepersonal an Stelle des heutigen minderwertigen Materials für die Anstalt verlangen. Es wird unsere Aufgabe sein, das Personal systematisch zu unterrichten und für seinen schweren Beruf, der die höchsten sittlichen Anforderungen an den Menschen stellt, in geeigneter Weise vorzubereiten. Wir werden auch in der Gesellschaft Kräfte für die Irrenpflege werben.

Nebenbei wird das Pflegepersonal durch Invaliditätsversorgung und Alterskassen sicherzustellen sein. Man wird dem Pflegepersonal, wenn anders es an die Scholle gefesselt werden soll, die Möglichkeit geben müssen, zu heiraten und eine Familie zu begründen. Im Anschluss an diese Pflegerfamilien liesse sich späterhin vielleicht

auch familiäre Verpflegung von Geisteskranken einrichten, die ohne Frage eine grosse Zukunft hat.

Die Anstalt müsste, um der Eigenart sowohl der städtischen wie der ländlichen Bevölkerung Rechnung zu tragen, in ausgedehntem Masse Werkstätten anlegen und Gelegenheit zu Ackerbau gewähren u. s. w. u. s. w. Meine Herren, bis wir dahin kommen, darüber kann leider noch so manches Jahr vergehen und noch viel Wasser ins Meer fliessen, ich will daher bei dieser verlockenden Perspektive nicht länger verweilen. Ich will Sie nur alle bitten, mitzuhelfen an unserem grossen Werke, jeder an seinem Teil und jeder auf seinem Posten. Decken Sie die Schäden rücksichtslos auf und sagen Sie jedem, den es angeht, und es geht wohl jeden an, Einzelne sowohl wie Stadt- und Landgemeinden, Vertreter von Regierung und Ständen, wie gross die Not im Lande ist. Einmal muss sich doch die Ueberzeugung Bahn brechen, dass Abhilfe dringend nottut. Und diese Ueberzeugung wird sich Bahn brechen, wenn Sie alle mithelfen wollen, gleich einem reissenden Gebirgsstrom.

Literatur:

1) И. Луйга. Призрѣніе душевно-больныхъ въ прибалтійскомъ краѣ. Юрьевъ. (Fürsorge für die Geisteskranken in den Ostseeprovinzen. Jurjew). 1904.

2) Kraepelin. Die psychiatrischen Aufgaben des Staates. Jena. 1900.

3) Laehr. Die Anstalten für psychisch Kranke. 9. Aufl. 1907.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

L. Bartenstein und G. Tada: Beiträge zur Lungenpathologie der Säuglinge. Mit 5 Abbildungen im Text und 9 Tafeln. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1907.

Wenn jetzt eine Erkrankung des Gehirns richtig diagnosticiert und localisiert werden soll, so schneidet man nicht das frisch dem Schädel entnommene weiche Organ in Scheiben, die jeglichen Halts entbehren und sich gar zu leicht in eine formlose Masse verwandeln, die sich jeglicher Weiterbehandlung entzieht, sondern man härtet zuerst das Gehirn in toto und legt dann durch das derb gewordene Organ in beliebiger Richtung und Anzahl Schnitte an, an denen man die pathologischen Veränderungen diagnosticieren und localisieren und die man dann weiteren Untersuchungen unterwerfen kann. Die Embryonologie bediente sich dieser Methode schon lange, nicht nur weil die Objecte vielfach für die macroscopische Betrachtung und Differencierung zu klein waren, sondern hauptsächlich weil die Gewebe zu zart waren. Dieses Prinzip ist nun in Bezug auf die Lungen von Säuglingen von Gregor in der Art verwendet worden, dass durch einen möglichst kleinen Bauchschnitt in die freigelegte Vena cava etwa 1 Ltr. 10 Cpt. Formalinlösung injiciert wurde. Bei Neugeborenen ist es einfacher und zweckmässiger, die Injection von den Nabelgefässen aus vorzunehmen. Unter Mitbenutzung von Aufzeichnungen über Untersuchungen, die nach dieser Methode von Gregor gemacht und nach dessen Tode von Czerny bereits zum Teil mitgeteilt worden sind, berichten die Verff. hier über Grössenverhältnisse und Form der Lungen bei Kindern in den ersten Lebensjahren.

Da die Thoraxform bei Kindern eine durchaus abweichende von der der Erwachsenen ist, so resultiert auch eine ganz andere Art der Atmung. In der ersten Hälfte des ersten Jahres kann die Frequenz leicht bis aufs Doppelte gesteigert werden, wobei sie in folge der besonderen Configuration des Thorax flach bleibt, während mit der Vertiefung der Atmung in der zweiten Hälfte des ersten Jahres die Frequenzsteigerung nicht mehr möglich wird.

Was die Pneumonie beim Säugling anbetrifft, so ist das erste Symptom eine Steigerung der Atemfrequenz und eine Vorwölbung des Thorax, während Husten nie in die Erscheinung tritt. Anatomisch ist sie stets in den hinteren Partien localisiert, woher ihr Gregor den Namen der «paravertebralen Pneumonie» gab. Während verschiedene Autoren diesen Pneumonien einen embolischen Ursprung mit Herkunft von Darmkanal aus vindicierten, fanden die Verff., dass Bacterien keine Rolle bei der Entstehung der paravertebralen Pneumonie spielen, es ist eine reine hypostatische Pneumonie, auf Circulationsstörungen beruhend. Lobuläre und lobäre Pneumonien kommen nur selten vor.

Ucke.

H. Ribbert: Beiträge zur Entstehung der Geschwülste. Dritte Ergänzung zur „Geschwulstlehre für Aerzte und Studierende". Mit 19 Abbildungen. Sechs beginnende Karcinome der Gesichtshaut eines Mannes, Bonn, Verlag von Friedrich Cohen. 1908.

Der neue Beitrag von R. bringt uns die Beschreibung von sechs beginnenden Krebsen der Haut, die alle von einem Individuum stammen und gleichzeitig mit einem Lippencarcinom entfernt wurden. Sie stellen gleichsam eine Reihe von Entwickelungsstadien eines und desselben Carcinoms vor und beanspruchen insofern ein grosses Interesse. R. nutzt sie aus, um für seine Theorie der Krebsgenese Beweismaterial zu liefern. Aus dem Nebeneinander in den Präparaten soll die Aufeinanderfolge in der Zeit dargetan werden, doch ist es nicht recht einzusehen, warum die kleinzellige Infiltration der Epithelwucherung vorausgehen muss. Ueber das Auffallende der Erscheinung, dass 6 Krebsknoten gleichzeitig in der Haut auftreten, wird kein Wort verloren. Wir entnehmen der Schrift interessante Einzelheiten über die Entwickelung der Krebse, wenn wir es als feststehend ansehen, dass alle diese Veränderungen, die hier beschrieben und abgebildet sind, auch wirklich zur Krebsbildung führen. So findet im ersten Anfang eine starke Verhornung an der Oberfläche statt, sowie eine reichliche Anbildung von Talgdrüsen im carcinomatösen Hautbezirk. Diese sollen schon von vornherein so angelegt sein und somit eine Prädestination für Carcinom bilden.

Dass die Zellvermehrung in den untersten Zellschichten vor sich geht, ist wohl so selbstverständlich, dass darüber kaum ein Wort verloren zu werden braucht. Aus der Abwesenheit der Zelleinschlüsse ist aber noch nicht der Schluss erlaubt, dass nicht parasitäre Lebewesen die Wucherung hervorgerufen haben können, denn, wenn uns der Nachweis nicht gelingt, so ist ihr Fehlen noch lange nicht bewiesen.

Ucke.

Protokolle des IV. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 11., 12. und 13. November 1907 zu Reval.

1. Sitzung.

Sonntag den 11. November von 11—2 Uhr.

1. Der Präses, Dr. med. R. v. Wistinghausen, eröffnet den IV-ten Estländischen Aerztetag mit nachfolgender Ansprache:

Meine Herren. Zum 4-ten Male versammeln wir uns hier an diesem Ort zu gemeinsamer Arbeit. In einer Zeit, wo so viel neues entsteht, wie jetzt, wo es scheinen will, dass durch die Inanspruchnahme jedes einzelnen mit neuen lebenswichtigen Interessen die Kraft nicht mehr reichen wolle zur Vertiefung in die immer wachsende Wissenschaft, tut es doppelt Not, einmal im Drange täglicher Pflichten halt zu machen, sich zu sammeln und vom Quell der Erkenntnis zu trinken. Wir sind uns bewusst, dass wir hier am Ort weit von den Centren medicinischer Forschung leben, dass alzu leicht die Gewöhnung an einmal eingeschlagene Wege den Blick für die Entwickelung trüben kann, wenn wir nicht die Verbindung mit dem Culturleben in unserem Fach mit allem Eifer suchen.

Darum danken wir allen denen, die einen weiten Weg nicht gescheut haben, um mit uns gemeinsam an die Arbeit zu gehen,—die bereit waren, ihre nächstliegenden persönlichen Interessen zu opfern und uns zu gemeinsamem Zweck die Bruderhand zu reichen, die durch eigene Arbeit mitzuwirken und uns zu bereichern gekommen sind.

In dieser Zeit, in der so viel von Feindschaft die Rede ist, erinnern wir uns an die eminent friedliche Bedeutung unseres Berufs, und dass bei Ausübung desselben das Interesse des Kranken eine Feindschaft der Aerzte unter einander nicht duldet. Darum feiern wir auch zur Zeit des Aerztetages ein Fest der Belebung und Kräftigung der collegialen Beziehun-

gen in Nah und Fern. Wir reichen uns die Hand zum festen Bunde, welcher dafür sorgt, dass die medicinische Cultur bei uns zu Lande, so viel an uns liegt, weder von den Stürmen einer bewegten Zeit leide, noch in stiller Zeit versande.

Aber wir haben nicht allein an uns zu denken: Es ist eine Aufgabe da, eine Pflicht, die sich überall bildet und überall wächst, das ist die Sorge für die Volksgesundheit. Immer grösser wird die Rolle, welche die Hygiene und die Wohlfahrtspflege in der medicinischen Welt spielt. Wir haben in Bezug auf sie eine reale Aufgabe. Schon bei der Gründung dieses Vereins bekannten wir uns dazu, mit helfen und raten zu wollen an einer Reform des Sanitätswesens in Estland. Wir haben uns gefreut, dass diese Sache in Angriff genommen worden ist. Nun ist es unsere Sache, auch fernerhin Ratschläge zu geben und unsere Beihülfe zur Verfügung zu stellen.

Meine Herren! Zur Pflege der Wissenschaft, zur Pflege der Freundschaft und zum Nutzen der Bevölkerung habe ich die Ehre den 4-ten Estl. Aerztetag zu eröffnen.

Im Namen der „Gesellschaft Livländischer Aerzte' begrüsst der Sekretär desselben, Dr. W. v. Holst, die Versammlung.

2. Der Präses erstattet nachfolgenden Rechenschaftsbericht.

M. H. Aus der Zeit seit dem letzten Aerztetage im November vorigen Jahres habe ich Ihnen folgendes zu berichten.

Zu dem am 4./16. December 1906 gefeierten 70-jährigen Geburtstage unseres grossen Landsmannes Ernst von Bergmann habe ich mir die Ehre genommen im Auftrage der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft ein Glückwunschtelegramm abzusenden auf welches ein Dankschreiben S. Excellenz einlief. M. H. Sie alle wissen, dass am 25. März 1907 Geheimrath v. Bergmann aus dem Leben geschieden ist. Das teure Andenken, das in uns allen lebt, die wir ihn zum grossen Teil persönlich in seinem Wirkungskreis gesehn haben, die wir seinem lebhaften und eindrucksvollen Vortrage lauschen durften, veranlasst uns heute, seiner im besonderen zu gedenken. Meine Herren, ich fordere Sie auf, das Andenken des grossen Chirurgen, unseres Landsmannes, v. Bergmann zu ehren, indem Sie sich von Ihren Sitzen erheben.

M. H. Auf dem letzten Aerztetag wurde der Vorstand beauftragt, unter Hinzuziehung einer Anzahl Collegen, ein neues Statut für unsere Gesellschaft auszuarbeiten. Im Hinblick auf das temporäre Vereinsgesetz vom 4. März 1906 erschien das bisherige Statut in vielerBeziehung beengend. Abgesehen davon, war dem Aerztetag zur Kenntnis gekommen, dass auf dem 18-ten livländischen Aerztetage ein Vorschlag eingereicht worden war, welcher eine Vereinigung der Aerztetage in einen «baltischen» anbahnen sollte. Da nun auch innerhalb der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft der Wunsch der möglichst innigen Annäherung an die gleichartigen Bestrebungen der Collegen in den Schwesterprovinzen bestand, zugleich jedoch ein völliges Aufgehen der Estländischen Aerztetage in einen baltischen schon aus Rücksicht auf die mit den localen Landesinteressen aufs engste verknüpfte Arbeit der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft nicht wünschenswert erschien, sollte ein Statut geschaffen werden, welches unter Wahrung der Selbstständigkeit der Estl. Gesellschaft eine innige Verbindung mit der livländischen, sowie für den Fall, dass sich eine entsprechende Kurländische Gesellschaft bilden sollte, mit dieser ermöglichte.

Dieses Statut, meine Herren, ist vor kurzem registriert worden. Wenn Sie mit demselben einverstanden sind, dann wird die Tätigkeit der Gesellschaft fernerhin auf Grund dieser neuen Satzungen fortgesetzt werden.

Infolge einer ehrenvollen Einladung hatte ich als Vertreter der estländischen aerztlichen Gesellschaft Gelegenheit, auf dem 19-ten livländischen Aerztetage in Dorpat den erwähnten Standpunkt unserer Gesellschaft vorzulegen. Der 19 te livländische Aerztetag entschied sich dahin, dass dem allgemeinen Wunsch nach einer Vereinigung Rechnung getragen werden sollte und erwählte eine Commission, die aus Vertretern der Collegen in den 3 Provinzen bestehn und die Form für Erreichung des angezeigten Zwecks ausarbeiten sollte. Zu Gliedern der Commission wurden die Vorsitzenden des Livländischen und Estländischen Aerztetages sowie der Herr Dr. Sadikoff als Vertreter der Kurländischen Aerzte gewählt.

Meine Herrn. Die Commission zur Ausarbeitung sanitärer Fragen erhielt auf den vorigen Aerztetag den Auftrag, das von Dr. Nottbeck—Weissenstein ausgearbeitete Impfreglement den durch die Einführung der Landessanitätsreform veränderten Verhältnissen anzupassen und gehörigen Orts zur Bestätigung vorzulegen. Dasselbe ist der Landessanitätscommission übergeben worden und hat zur Grundlage für die jetzt bestehenden «bestätigten Regeln» gedient. Ferner erhielt dieselbe Commission den Auftrag, Leitsätze beim Bau von Landvolksschulen auszuarbeiten. Ueber diese und die übrige Tätigkeit der Commission wird Ihnen laut Programm Dr. Kupfer—Kuda und Dr. Haller—Reval berichten. Ueber die Tätigkeit der Commission, welche laut Beschluss des vorigen Aerztetages die einleitenden Schritte zur Gründung einer Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose beraten sollte, wird Ihnen Herr Dr. Kusik Bericht erstatten. Referate über die Tuberkulosefrage sind freundlichst übernommen worden von den Herrn DDr. Fick, Thomson, Haller und Greiffenhagen, jedoch ist letzterer durch seine Krankheit verhindert, seinen Vortrag zu halten.

Ich ersuche den Herrn Kassaführer Dr. Weiss, Bericht zu erstatten über die Kasse und das Budget für das nächste Jahr vorzulegen.

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mittellungen.

— St. Petersburg. Seit dem 22. August herrscht die Cholera auch hier. Bei der weiten Verbreitung der Krankheit im Reich musste man ihrem Erscheinen in der Residenz von Tag zu Tag entgegensehen und jetzt kann man nur wünschen und hoffen, dass die Epidemie hier nicht allzugrosse Dimensionen annehme, obgleich der antisanitäre Zustand der Stadt manche Befürchtung in dieser Hinsicht aufkommen lässt.

— Die Bewegung der Choleraerkrankungen in St. Petersburg bis zum 1. September ist aus folgender Tabelle ersichtlich:

	Vorhanden	Hinzugekommen	Verstorben	Genesen	Verblieben
Obuchow-Männerhospital	43	41	10	1	73
» Frauenhospital	24	11	4	—	31
Peter-Paul-Hospital	35	17	2	3	47
Alexander-Hospital	63	11	3	—	71
Maria-Magdalenen-Hospital	38	22	1	—	59
Marien-Hospital	5	1	1	—	5
Botkinsches Barackenhospital	39	33	8	—	64
Wiborger Hospital	—	2	1	—	1
Kinderhospital	2	1	—	—	3
Im ganzen	249	139	30	4	354
Seit Beginn der Epidemie, d. h. seit 6 Tagen		475	116	5	354

— Am 29. August fand die erste Sitzung der Sanitätscommission unter dem Vorsitz des Stadthauptmanns statt. Inbetreff der Massnahmen, deren sofortige Durchführung beschlossen wurde, sind zu erwähnen: das Verbot Lumpen zu sammeln und Lumpenlager anzulegen; der Handel mit getragenen Kleidern ist der Sanitätsaufsicht zu unterstellen, und auf den Markt dürfen nur solche getragene Kleider kommen, die vorher desinficiert worden sind.

— Am 31. August fand eine vom Stadthaupt einberufene Versammlung aller städtischen Sanitäts- und Hospitalärzte statt, zur Beratung über die sofort zu ergreifenden Massnahmen gegen die Cholera. Das Stadthaupt teilte der Versammlung mit, dass das Stadtamt zur Durchführung der Massregeln für den ersten Monat 43000 Rbl. angewiesen hat, dass die Stadt in 14 Sanitätscuratorenbezirke eingeteilt ist, von denen jeder aus 114 Unterbezirken besteht mit je einem Arzt. Als Desinfectoren stehen 66 Studenten zur Verfügung. In den städtischen Isolationshäusern werden Choleraimpfungen an Personen vorgenommen, die es selbst wünschen.

— Auf Befehl des Stadthauptmanns sind sogen. Fliegende Sanitätskolonnen zur Besichtigung der Märkte, Lebensmittelhandlungen und Wirtshäuser gebildet worden.

— Allen Studenten und Studentinnen der Medicin, die sich an der Bekämpfung der Cholera beteiligen, ist ein Aufschub der Examina bewilligt worden.

— Die Zahl der Erkrankungen an Infectionskrankheiten in St. Petersburg während der Woche vom 10. bis zum 16. August betrug 346, und zwar Typhus abdominalis 182, Typhus exanth. 1, Febris recurrens 29, Variola 3, Varicella 3, Morbilli 34, Scarlatina 25, Diphtheritis 53, andere Infectionen 16.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den städtischen Krankenhäusern St. Petersburgs betrug in der Woche vom 10. bis zum 16. Aug. 10717 (29 weniger als in der vorigen Woche). Darunter Typhus abdominalis 792, Typhus exanthemat. 11, Febris recurrens 107, Scarlatina 121, Diphtheritis 192, Mor-

billi 36, Variola 43, Pneumonia cruposa 144, Tuberculosis 398, Influenza 179, Erysipelas 49, Pertussis 8, Lepra 1, Hautkrankheiten 58, Syphilis 462, Venerische Krankheiten 429, verschiedene acute Erkrankungen 1462, verschiedene chronische Krankheiten 1478, chirurgische Krankheiten 1263, Geisteskrankheiten 3214, gynaekologische Krankheiten 209, Krankheiten des Wochenbetts 61. Diese Zahlen geben nur den Krankenbestand an, nicht die neu hinzugekommenen Kranken. Einige Krankheiten, wie z. B. die Geisteskrankheiten, weisen nur geringe Schwankungen auf und die betreffenden Zahlen sind ziemlich constant.

Die Gesamtzahl der Sterbefälle betrug in St. Petersburg in derselben Woche 714 + 35 Totgeborene, wozu noch 43 in die Statistik der vorigen Woche nicht aufgenommene Sterbefälle hinzukommen. Nach den Krankheiten verteilen sich diese Fälle folgendermassen: Typhus abdominalis 33, Typhus exanthematicus 1, Febris recurrens 1, Morbilli 12, Scarlatina 6, Diphtheritis 11, Pertussis 11, Pneumonia cruposa 11, Pneumonia catarrhalis 58, Erysipelas 2, Influenza 4. Tuberculose der Lungen 75, Tuberculose anderer Organe 16, Dysenterie 2, Magen- und Darmerkrankungen 199, Pyaemie und Septicaemie 9, Puerperalfieber 2, Alcoholismus 5, Angeborene Schwäche 40, Marasmus senilis 20, Andere Todesursachen 196.

Aus der Unfallstatistik für St. Petersburg ist zu ersehen, dass während des letzten Monats in der Residenz 345 Unfälle vorgekommen sind, und zwar 42 Unfälle in Häusern, 259 auf Strassen, Plätzen, auf dem Wasser usw., 15 auf Fabriken, 13 auf Tramwaylinien und 7 auf Pferdebahnlinien. Von sämtlichen Unfällen hatten 95 tötlichen Ausgang.

Die Zahl der Selbstmorde betrug 130 (92 Männer und 38 Frauen).

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Vom Beginn der Epidemie Starben
	v. 24.—30. Aug.				
Gouv. Astrachan	234	104	8. Juli	1396	651
	v. 22.—28. Aug.				
» Ssaratow	91	60	8. »	939	566
» Ssamara	133	66	16. »	374	187
» Ssimbirsk	4	—	18. »	13	1
» Nishnij-Nowgorod	119	53	24. »	525	225
» Kasan	61	14	23. »	85	25
» Kostroma	44	22	2. Aug.	65	30
» Jaroslaw	—	—	6. »	31	17
» Twer	—	—	10. »	1	—
» Perm	—	—	4. »	22	7
» Pensa	—	—	5. »	4	1
» Wladimir	5	2	19. »	10	2
» Tula	—	—	21. Juli	5	3
» Orel	5	3	20. Aug.	6	3
» Moskau	1	1	6. »	4	2
» Tambow	2	1	22. »	2	1
» Woronesh	5	2	14. »	9	4
Stadt Charkow	—	—	26. Juli	2	1
» Krementshug (Gouv. Poltawa)	20	11	19. Aug.	20	11
Gouv. Kiew	37	16	12. »	49	21
» Tschernigow	2	1	23. »	2	1
» Jekaterinoslaw	65	—	3. »	91	19
» Cherson	4	2	23. »	4	2
» Taurien	27	13	13. »	32	17
Stadthauptmannschaft Rostow a. Don	240	101	19. Juli	836	364
Gebiet der Don-Kosaken	506	250	22. »	1304	564
Stadthauptmannschaft Baku	31	13	25. »	64	30
Kuban-Gebiet	139	67	26. »	219	113
Terek-Gebiet	14	8	13. Aug.	15	9
Gouv. Tiflis	12	5	8. »	27	18
Ural-Gebiet	266	140	10. »	307	160
Stadt Orenburg	1	1	26. »	1	1
Gouv. Jenisseisk	—	—	13. »	4	2
» Irkutsk	—	1	6. »	—	1
Transkaspisches Gebiet	1	1	6. »	2	2
Ssyr-Darja Gebiet	30	15	15. »	31	15
Im Ganzen	2099	973		6451	3076

Im Gouvernement St. Petersburg sind bisher im Ganzen 55 choleraverdächtige Erkrankungen registriert, davon 5 mit tötlichem Ausgang.

— Hochschulnachrichten: An der Universität in Tomsk sind 2 Lehrstühle vacant und zwar 1) der Pharmacologie mit Receptur und Balneologie, 2) der chirurgischen Klinik. Bewerber haben ihre wissenschaftlichen Arbeiten und Lebenslauf bis zum 15. Nov. einzusenden.

— An der wieder zu eröffnenden Warschauer Universität hat der Minister der Volksaufklärung der «Retsch» zufolge die Zahl der Studenten des I. Kursus der medicinischen Facultät für das Lehrjahr 1908—09 auf 150 normiert.

— Prof. Waldeyer in Berlin beging am 25. August das 25jährige Jubiläum als Director des Anatomischen Instituts. — Als Nachfolger Toldts auf den Lehrstuhl für Anatomie an der Wiener Universität ist Prof. F. Hochstetter aus Innsbruck berufen, der den Ruf angenommen hat.

— Von dem «Russischen Comitée des I. Internationalen Congresses zum Kampf mit der Verfälschung von Nahrungsmitteln, «der vom 8. bis zum 12. Sept. (n. St.) in Genf tagen wird, erhalten wir eine Zuschrift, in welcher der Wunsch nach möglichst reger Beteiligung an dem Congress seitens Russlands ausgesprochen wird. Für den Vorsitzenden des Comitées zeichnen die beiden Vice-Vorsitzenden E. Karatygin und S. Raschkowitsch und der Secretär M. Miller.

— Kemmern: Am 31. August wurde die Cursaison geschlossen. Die Zahl der Curgäste betrug in diesem Sommer 6300.

— Berlin. Im «Reichsanzeiger» ist eine Verfügung veröffentlicht worden, durch welche eine medicinische Besichtigung von Passagieren und Schiffen, die aus St. Petersburg und Kronstadt sowie aus den Schwarzmeer- und Asowhäfen in deutschen Häfen eintreffen, vorgeschrieben ist.

— Zoppot. Ein Liegecurschiff, zur Behandlung von Asthmatikern, Neurasthenikern und Reconvalescenten bestimmt und vom Aerzteverein ausgerüstet, kreuzt täglich in der Danziger Bucht. An Bord befinden sich Aerzte und Pflegerinnen.

— Der Redaction ist eine Zuschrift der DDr. K. Pearson und E. Nettleship zugegangen, in welcher diese mitteilen, dass sie sich seit einer Reihe von Jahren mit der Frage des Albinismus unter den Menschen beschäftigen und unter Mitwirkung von Aerzten aller Weltteile eine Zusammenstellung fertiggebracht haben, welche beinahe 500 Albinostämme mit 3—4000 Albinos umfasst. Während die Aerzte einiger Länder reiches Material zugeschickt haben, fehlen aus anderen jegliche Angaben; aus Russland soll sehr spärliches Material eingelaufen sein. Daher wenden sich die Autoren von neuem an alle Aerzte mit der Bitte, ihnen weitere Daten über Albinos zuzustellen und zwar wird gewünscht: Photographische Aufnahmen von Albinos, womöglich jedesmal mit der Aufnahme eines normalen Individuums zum Vergleich; möglichst ausführliche Angaben über die Verwandschaft der Albinos; sowohl totaler wie teilweiser Albinismus ist zu verwenden. Folgende Fragen interessieren die Autoren speciel: 1) congenitaler partieller Albinismus, gefleckte Haut von der Geburt an; 2) Leucoderma, welches stationär bleibt; 3) stationäres oder progressives Leucoderma, welches mehr als ein Mitglied der Familie in der Ascendenz, Descendenz und in den collateralen Zweigen befällt; 4) Fehlen des Augenpigments oder Augenstörungen verbunden mit Leucoderma; 5) vereintes Auftreten von Leucoderma (Leucosis) mit der Addisonschen Krankheit; 6) das Auftreten von Pigmentsarcom unter den Albinos. Aus Russland erwarten die Autoren ausserdem Angaben über Leukodermie unter der Tataren («spotted Tartars»). Alle Mitteilungen werden von den Autoren mit Dank veröffentlicht werden mit Angabe des Namens der Sender. Dieselben sind zu richten an K. Pearson. Biometric Laboratory, University College, London. W. C. oder E. Nettleship, Hindhead, Haslemere, Surrey.

— Gestorben: 1) Am 7. Juli in Moskau die Aerztin Cäcilie Sljepanin, geb. 1860. 2) Am 22. Aug der Professor der Pharmakologie an der Kiewer Universität Julius Laudenbach. 3) Am 26. August Prof., Mag. pharm. und Dr. chem. Alexander Poehl auf der Reise, in Berlin. Geboren 1850 in St. Petersburg, absolvierte Poehl an der hiesigen Medicinischen Akademie den Cursus der Pharmacie, wurde 1872 zum Mag. pharm. promoviert und studierte später in Giessen und Dorpat Chemie, wo er den Doctorgrad erwarb. Im Jahre 1886 wurde er zum Professor der med. Chemie am hiesigen klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ernannt, aber schon seit einer Reihe von Jahren hatte er die Abhaltung von Vorlesungen daselbst aufgegeben. Nachdem Brown-Séquard seine Arbeit über die tonisierende und verjüngende Wirkung der Testikelemulsionen bei subcutaner Injection veröffentlicht hatte, machte sich Poehl mit allem Eifer daran, das wirksame Princip dieser Emulsionen darzustellen, und es gelang ihm auch, einen Körper zu isolieren, den er Spermin nannte. Die Herstellung und Prüfung dieses Stoffes wurde nun zur Lebensaufgabe Poehls, für die er weder Mühe noch Kosten scheute. Die Meinungen der Aerzte über die Wirkung des Spermins auf den

gesunden und kranken Organismus sind noch geteilt, an begeisterten Anhängern wie an erbitterten Gegnern hat es der Poehlschen Sperminlehre nicht gefehlt, aber dem Forscher Poehl muss man die Gerechtigkeit widerfahren lassen, dass er mit zäher Ausdauer sein Ziel verfolgte und mit vielem Scharfsinn seine Teorie verteidigte, für die er geistreich combinierte Experimente ins Feld führte, wobei seine gründliche Kenntnis der physiologischen Chemie zu Tage trat. Poehl war ein eifriger Besucher medicinischer Vereine und Congresse, wo er immer mit grossem Feuer seine Sperminthеorie verfocht. Durch sein liebenswürdiges Wesen und seine gewinnende Umgangsformen verstand er es, die Menschen für sich einzunehmen, und durch sein freundliches Entgegenkommen hatte er viele Anhänger und Freunde erworben.

— Digipuratum ist ein von der Firma Knoll neuerdings in den Handel gebrachtes Präparat.

Das Digipuratum ist ein gelbliches geruchloses Pulver von bitterem, bei den Tabletten durch Geschmackskorrigentien etwas verdecktem Geschmack. Es enthält sämtliche wirksamen Bestandteile der Digitalisblätter und ist durch physiologische Dosierung auf einen bestimmten Wirkungswert eingestellt.

Die Wirkungsstärke wird nach einem Vorschlag von Prof. Gottlieb (vergl. Münch. Med. Wochenschr. 1908, Nr. 24) in Froscheinheiten ausgedrückt nach Art der Wertbestimmung des Heilserums. Aehnlich wie man bei Heilserum diejenige Antitoxindosis als «Einheit» bezeichnet, welche eine bestimmte Menge eines konstanten Testgiftes zu neutralisieren und ein Meerschweinchen von mittlerem Gewicht für eine bestimmte Zeit vor der Giftwirkung zu schützen vermag, so nennt Prof. Gottlieb diejenige kleinste Menge der zu prüfenden Substanz eine Einheit, welche bei einer Temporaria von etwa 30 g. Gewicht innerhalb 30 Minuten gerade noch mit Sicherheit den systolischen Herzstillstand herbeiführt.

Digipuratum enthält nach dieser Bewertung in 0,1 g. Pulver oder in einer Tablette, 8 Froscheinheiten, welche etwa der Wirkungsstärke von 0,1 g. stark wirkenden Fol. digital. entsprechen.

Die wirksamen Substanzen im Digipuratum sind in kaltem Wasser und in verdünnten Säuren unlöslich, dagegen sehr leicht löslich in verdünnten Alkalien. Durch diese Eigenschaften ruft es einerseits keine Magenstörungen hervor, andererseits wird es leicht vom Darm aus resorbiert.

Digitoxin und Digitalin lassen sich mit Hilfe der Kellerschen Probe, vorteilhaft in der Abänderung von Kiliani, wie folgt nachweisen: werden 0,1 g. Digipuratum in etwa 3 ccm. Eisessig, welcher 1 pCt. einer 5 pCt.-igen Ferrisulfatlösung enthält, angerührt und mit etwa 3 ccm. einer Schwefelsäure, welche ebenfalls 1 pCt. einer 5 pCt. Ferrisulfatlösung enthält, unterschichtet, so zeigt sich ein unteres feurigrotes und über diesem ein anfangs hellgrünes, später dunkelgrün-blau werdendes Band. Die Grünblaufärbung zeigt Digitoxin, die Rotfärbung Digitalin an.

Das Digipuratum wird von der Firma Knoll & Co., Ludwigshafen a/Rh. in den Handel gebracht und zwar

1) In Form von Tabletten. Jede Tablette entspricht der Wirkungsstärke von 0,1 g. stark wirkender Fol. Digital. Je 12 Tabletten in einem Röhrchen reichen für eine Digitaliskur aus.

Dosierung: In der Regel am ersten Tag 4 Tabletten, am zweiten und dritten Tag je 3 Tabletten 1/2 Stunde nach der Mahlzeit, am vierten Tag 2 Tabletten. Stellt sich die Wirkung schon am zweiten Tag ein, so genügt am dritten Tag die Gabe von 2 Tabletten; im übrigen je nach Lage des Falles individualisierende Dosierung.

2) In Form von mit Milchzucker auf die Wirkungsstärke eines starken Digitalispulvers eingestellten Pulver.

Preis für 1 Originalröhrchen mit 12 Tabletten Mk. 1.50.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 16. Sept. 1908.

Tagesordnung: A. Feldt: Fibrom der Nasenhöhle. (Demonstration).
Lingen: Ueber Hypremesis gravidarum.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22. Sept. 1908.



Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup

„CALIFIG"

(Name gesetzlich geschützt)

ist ein längst bekanntes, erprobtes, unschädliches, wohlschmeckendes Laxativ, welches infolge seiner sicheren und milden Wirkung die Aerzte in ihren Erwartungen niemals täuscht. (27) 0—12.

Besonders geeignet für die Frauen- und Kinder-Praxis. Gebrauchsanweisung ist jeder Flasche beigefügt.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herren Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau . . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau . . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.

MARIENBAD (Böhmen).

Marienbader Brunnen-Pastillen.
Säuretilgend. Schleimlösend. Chron. katarrhalische Affektionen der Schleimhäute, besonders des Respirations- und Verdauungstraktes. Sodbrennen. Magenkrampf. Heiserkeit.

Marienbader natürlicher Brunnensalz.
Magenkatarrh. Leichtes und sicheres Purgativ. Stuhlverstopfung. Verdauungsstörung. Verminderung des Körpergewichts. Darmkatarrh. Hämorrhoiden.

Marienbader Mineralwasser-Versendung Marienbad Böhmen.
(86) 10—9. Man verlange nur Marienbader **natürliches** Brunnensalz.

Dr. Emmerich's Sanatorium B: Baden Gegr. 1890
für Nerven-, Morphium- etc. Alkohol-Kranke.
Mildeste Form d. Morph. Entz. ohne Zwang unter sof. Wegfall der Spritze i. 4—6 Woch. Alkohol-Entwöhn. n. erpr. Verfahr. Prosp. kostenl. 2 Ärzte. Bes. u. dir. Arzt Dr. A. Meyer.

REIBOLDSGRUEN

700 m. über dem Meere

im Sächsischen Vogtland. — Bahnstation Auerbach.

Heilanstalt für Lungenkranke.

Behandelnde Aerzte: Hofrat Dr. **Wolff**, Dr. **Sobotta** und Dr. **Baer**.
Herrliche abgeschlossene Lage inmitten von Fichtenwaldungen. Special. Kehlkopfbehandlung.
Entfernung von: Berlin 6 Stunden.
Dresden 4 Stunden.
Karlsbad 3 Stunden.
(114) 26—1.

Dr. Navrátil's.
Sanatorium „Bellaria" in Arco,
der wärmsten klimatischen Station Süd-Tyrols, für chronisch Kranke, Rekonvaleszenten etc.
Prospekte u. jegliche Auskunft auf Wunsch.

Deutscher Arzt

ginge als ärztlicher Begleiter nach Italien, Aegypten und Nordafrika. Offerten unter J. A. 5804 bef. Rudolf Mosse. Berlin SW. (111) 1—1.

Ebelshof bei Riga. Jahrespension für Nervenkranke u. Erholungsbed. Arzt in d. Nähe. Telephon. Tramverbind. mit Riga. Postadr. Riga — Thorensberg Gut Ebelshof. Fräulein Lindig gepf. Krankenpfl. (105) 4—3.

Wiesbaden

Renoviert 1908. (102) 16—6.

Augusta Victoria Bad

Das ganze Jahr geöffnet. Gesündeste Lage.

Hotel Kaiserhof.

Durch gedeckte heizbare Uebergänge verbunden mit der Anstalt zur Ausübung sämtl. physikal., medizin. und chirurg. Heilmethoden. — Klin. und ambulante Behandlung. — Eigene Thermalquelle. — Dampf- und Heissluft-Bäder. — Hydrotherapie. — Moorbäder. — Elektrotherapie. — Kataphoretische Anlagen. — Vollständiges Zanderinstitut (Original). — Inhalatorium. — Pneumat. Kammer. — Röntgenabteilung. — Operationssaal etc.
Aerzte: San.-Rat Dr. C. Mayer. Dr. Albert Stein. Chirurg.-orthop. Abt. früher an d. Bergmann'schen u. Hoffa'schen Klinik.
Prospecte durch die Direction.

Kissingen Dr. C. Dapper's ∗ Sanatorium ∗

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle). Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie; Mastkuren; Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember. Prospekte.
Dr. C. Dapper Kgl. Preuss. Professor Kgl. Bayr. Hofrat. — Dr. E. Jürgensen. (67) 14—13.



PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gescn. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker,** Warschau, Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky,** Petersburg, **Carl Ferrein,** Moskau.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

(4) —60.



Zur Erzielung

Regelmässiger Verdauung

sind unbedingt Abführungs-Pillen

„**Ara**" einzunehmen.

Schachtel **95 Kop.**

(75) 0—10.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung

ganz umsonst versandt.

Chemische Fabrik auf Aktien
(vorm. E. Schering) Berlin

empfiehlt

SUBLAMIN SCHERING

(Hervorragender Ersatz für Sublimat).

Ausgezeichnet durch grosse Reizlosigkeit. Tiefenwirkung und leichte Löslichkeit. Weniger toxisch als Sublimat.

Tabletten à 1 Gramm

GLUTOL SCHERING

nach Prof. Dr. Schleich

(Hervorragendes Wundheilmittel).

Literatur gratis zur Verfügung. (23) 24—20.

General-Vertrieb: Agences du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris, Warschau und Moskau.
Briefadressen: Agence du Laboratoire des Vaccins Pasteur Paris Warschau.
Agence du Laboratoire des Vaccins Paster. Paris, Moskau.
Telegrammadressen: Pasteur, Warschau und Pasteur, Moskau



Santyl

(Neutraler Salicylester des Santalols).

Reizloses und geschmackfreies Balsamikum zur Gonorrhoetherapie

Dosis: in Kapseln à 0,4 g 3—4 mal täglich 2 Kapseln in Tropfenform 3 mal täglich 25 Tropfen. Originalflaschen à 15 g oder Originalschachteln zu 30 Kapseln à 0,4 g.

(81) 26—3. **(Literatur und Proben kostenlos bei R. Otto jr., Moskau).**

KNOLL & Co., Ludwigshafen am Rhein.

DAVOS, HOTEL NATIONAL.

Neuerbautes Haus in bester sonniger Lage, mit Zentralheizung; Lift, elektr. Licht. Schöne Liegehallen.

Beste Verpflegung bei mässigen Preisen.

(110) 6—1. Fam. Branger, Propr.

Schlesischer Obersalzbrunnen

Oberbrunnen

Als ALKALISCHE QUELLE ERSTEN RANGES

bereits seit **1601 ERFOLGREICH** verordnet.

Brunnenschriften und Analysen gratis und franko durch den VERSANDT des HERZOGLICHEN MINERALWASSERS von OBERSALZBRUNNEN.

GUSTAV STRIEBOLL, *SALZBRUNNEN* (in Schlesien)

Niederlage in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.

Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,

(21) 52—35. St. Petersburg. Offizerskaja 6, Quartier 37.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Dieser № liegt ein Prospekt über «**Das Weib in der Natur- und Völkerkunde**» bei.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. **Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.**

XXXIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechst. Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 37 St. Petersburg, den 13. (26.) September. **1908.**

Dieser № liegt № 7 der «Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften» bei.



Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Kurland.

Von

Dr. J. Sadikoff — Talsen.

Vortrag, gehalten auf dem 1. Kurländischen Aerztetag in Mitau.

Analog dem Usus des livländischen und estländischen Aerztetages, dass auf demselben jährlich Bericht über die Tätigkeit der betreffenden Lepravereine abgestattet wird, glaube ich annehmen zu müssen, dass ein solcher Bericht auch auf unserem kurländischen Aerztetage angebracht sei. Dieses muss ich um so mehr annehmen, da gerade der kurl. Lepraverein hauptsächlich der Initiative von Aerzten Nordkurlands seine Entstehung verdankt und es wohl nur sehr wenige Aerzte des Landes giebt, welche nicht diesem Vereine angehören oder doch wenigstens angehört haben.

Der im Jahre 1898 bestätigte Verein blickt jetzt auf eine über 15-jährige Tätigkeit zurück, und eine Betrachtung seiner Tätigkeit und dessen, was durch dieselbe erreicht worden, wäre wohl durchaus am Platze. Ich muss mich dabei natürlich so kurz, wie möglich, fassen. Zweck des kurl. Lepravereins ist, die Leprösen zu isolieren, damit eine Uebertragung ihrer schrecklichen Krankheit auf andere Personen verhindert wird und so mit der Zeit ein Verschwinden dieser Krankheit im Lande erreicht werden kann.

Die beiden ersten Jahre beschränkte sich der Verein mit dem Sammeln von Geld zur Erbauung eines Leprosoriums und hatte zum Januar 1895 13½ Tausend Rubel eingenommen, so dass in diesem Jahre zum Bau geschritten werden konnte. Da die Verhandlungen mit der Gouv.-Regierung wegen unentgeltlicher Abtretung eines Grundstückes sich in die Länge zogen und kein erwünschtes Resultat zu geben versprachen, so wurde von der Verwaltung des Vereins das Schedensche Stuhring-Gesinde, 4 Werst von Talsen, für 1000 Rubel erstanden. Die Gebäude wurden nach folgendem Plan aufgeführt: auf der einen Seite, in der Mitte das Hauptgebäude, welches die Wohnung des Hausvaters nebst Personal und das Zimmer des Arztes und auf der anderen Seite, von diesem Teile ganz getrennt, mit besonderen Eingängen am Ende des Gebäudes versehen, den Speisesaal und Betsaal enthält. Rechts und links von diesem befinden sich die Klete nebst Ställen und der Eiskeller. Diesen Gebäuden gegenüber liegen die Gebäude für die Kranken: 2 Holzgebäude zu je 4 Zimmern und ein grösseres Steinhaus mit 7 Krankenzimmern, dem Arbeits- und Verbandzimmer, dem Baderaum für Wannenbäder und an einem Ende mit besonderem Eingang die Waschküche. Die Zimmer der Kranken sind für 3—5 Personen berechnet und haben alle einen gesonderten Eingang vom Corridor aus. Ausser diesen Gebäuden existiert noch eine Badstube für Dampfbäder. Um die Gebäude liegt ein kleines Fichtenwäldchen, welches als Park mit Wegen versehen ist. Der Park und alle Gebäude sind mit einem Lattenzaun umschlossen. Die grössten Schwierigkeiten machte unvorhergesehener Weise die Beschaffung des Trinkwassers. Der Sandboden, aus welchem der Grund besteht, gab in einer Tiefe von 150 Fuss nicht für den Betrieb genügendes Wasser. Es musste nun zu Bohrungen geschritten werden und das Schicksal wollte es, dass ge-

nügend Wasser erst bei einer Tiefe von 5000 Fuss sich fand. Das Wasser stieg im Rohre aber nur bis 140 Fuss unter der Erdoberfläche und so wurde ein Pumpwerk nötig, um dasselbe zu heben. Durch diese Umstände ist es denn auch zu erklären, dass die Anlage für die Versorgung mit Trinkwasser ca. 5000 Rbl. zu stehen kam. Wenn wir dieses anfangs also ein Pech, betrachten mussten, so hat es sich später als recht nützlich herausgestellt. Das Wasser heraufzupumpen erfordert täglich mehrere Stunden Arbeit und wird von den Leprösen selbst gegen eine geringe Entschädigung ausgeführt. Der Brunnen giebt also den Leprösen, welche irgendwie zu beschäftigen in allen Leprosorien die grösste Schwierigkeit macht, die Möglichkeit, dieses zu ihrem eigenen Nutzen zu tun und sich dabei noch ein Taschengeld zu verdienen.

Das Leprosorium hat für die in ihm Verstorbenen seinen eigenen Kirchhof, auf ca. $^1/_2$ Werst Entfernung. Die Gebäude repräsentieren nach der Versicherungspolice einen Wert von 17664 Rbl. Es können in ihnen bequem 61 Lepröse untergebracht werden. Das nicht lepröse Personal besteht aus einem Hausvater, resp. Oeconom mit seiner Frau, 2 Dienstmägden und 1 Hausknecht. Das Leprosorium ist mit dem Anstaltsarzt in Talsen telephonisch verbunden. Der Feldscher des Anstaltsarztes besucht täglich die Kranken, lässt die verordnete Medicin ab und führt die sonstigen Anordnungen aus. Um es zu erreichen, dass Gesunde möglichst wenig mit den Leprösen in nähere Berührung kommen, sind einige Lepröse darin unterrichtet worden, die Verbände den andern Kranken zu machen. Ebenso waschen die leprösen Frauen selbst die Wäsche etc. für alle leprösen Insassen. Was die Beschäftigung der Leprösen anbetrifft, so ist dieses auch im kurl. Leprosorium ein wunder Punkt. Meistens sind die Kranken durch ihre äusseren und inneren Wunden so wie so nicht viel zur Arbeit fähig und dann wollen und können sie auch nicht viel und benutzen ihre freie Zeit dazu, um das Essen, die ganze Aufnahme in der Anstalt etc. zu kritisieren und Intriguen anzustiften.

Bei uns sind glücklicher Weise noch ein Schneider, ein Schuster und ein Tischler im Leprosorium, so dass ausser dem erwähnten Wasserpumpen und Wäschewaschen, doch noch etwas gearbeitet wird. Zu Landarbeiten sind die Kranken nicht fähig. Die Leprösen sind in den einzelnen Zimmern zu 3—5 Personen desselben Geschlechts zusammen untergebracht. Meist überlässt man ihnen selbst die Wahl, sich zu solchen Zimmergenossenschaften zusammenzutun, nur in Streitfällen entscheidet der Arzt. Diese Zimmergenossenschaften haben selbst für die Reinigung und Beheizung ihres Zimmers zu sorgen, wobei sie natürlich das dazu Nötige (Holz, Seife etc.) erhalten. Die Erfahrungen, welche wir mit dieser Art Unterbringung gemacht haben, sind nur die besten. Die Kranken fühlen sich so gemütlich wie im eigenen Heim, was bei den grossen Krankensälen meist nicht der Fall ist. Die Genossen eines Zimmers schliessen sich mehr aneinander, bilden gleichsam eine Familie, pflegen und unterstützen sich gegenseitig. Jede Genossenschaft sucht ihr Zimmer möglichst nett einzurichten, sie legen vor den Fenstern Blumenbeete an, laden sich, wenn der Eine oder Andere vom Hause etwas bekommen, zu Gast etc.

Die Beköstigung der Kranken ist eine allgemeine. Das Essen wird im Hauptgebäude bereitet und ausgeteilt. Die Kranken haben sich zu den Mahlzeiten im Speisesaale zu versammeln. Den Bettlägerigen wird das Essen durch ihre Zimmergenossen zugebracht. In der ersten Zeit des Bestehens des Leprosoriums wurde dem Hausvater eine bestimmte Summe pro Kranken und Tag gezahlt, und er hatte dann nach einem bestimmten Speisezettel die Kranken zu beköstigen. Das gab aber zu fortwährenden Klagen und Streit Anlass, so dass jetzt der Verein direct die Beköstigung besorgt, d. h. das zahlt, was sie nach Rechnung des Hausvaters kostet. Die Beköstigung ist die des gewöhnlichen kurl. Land-Arbeiters und ist sehr gut, aber leider auch sehr teuer. Wie man es billiger machen könnte, ist bis jetzt noch nicht herausbekommen. Der Verwaltungsrat hat es mit allen möglichen Hausvätern versucht. Anfangs leitete die Oeconomie ein Feldscher, der wie oben gesagt, ein Bestimmtes pro Kranken bekam. Dann hatten wir eine Schwester vom roten Kreuz, dann einen Herrn von der inneren Mission, darauf auf auswärtige Empfehlung einen früheren Eisenbahnbeamten; augenblicklich ist ein früherer Accisebeamter Hausvater. Es ist sehr schwer, für diesen Posten einen passenden Vertreter zu finden. Aus besseren Ständen, um der Barmherzigkeit willen, hat sich bis jetzt Niemand dafür gefunden und von einem bezahlten Beamten kann man kaum die nötige Hingabe, Verständnis und Aufopferung erwarten. Keiner will eben die volle Verantwortung, sowohl der Verwaltung, wie auch den Kranken gegenüber tragen und bemüht sich nur, dass Alles so lange wie möglich glatt, ohne anzustossen geht. Für den Arzt der Anstalt ist es eben auch nicht möglich, alle Details zu controllieren oder auch zu übersehn, ob z. B. hier hätte gespart und dort rechtzeitig mit Mitteln hätte vorgegangen werden müssen. Ein grosser Uebelstand ist, dass die ganze Wirtschaft auf Rechnung geführt werden muss, da die Mittel sehr unregelmässig und meist erst nachträglich einkommen. Im letzten Jahre 1907 kam jeder Krankentag dem Verein 57 Kop. zu stehen, also jeder Kranke jährlich ca. 200 Rbl., wobei allerdings sämmtliche Ausgaben des Vereins mitrepartiert (208 Rbl. 5 K.) sind. Dass sich die Ausgaben im vorigen Jahre so teuer stellten, ist wohl hauptsächlich durch die ganz exorbitant hohen Preise für Lebensmittel, welche in Talsen in diesem Jahr bestanden, hervorgerufen Für die unumgänglich notwendigsten, Mehl, Kartoffeln z. B. musste fast das Doppelte wie sonst gezahlt werden. Wie schon gesagt, die Beköstigung ist eine recht gute, und wie ich glaube, ist das mit ein Grund, weshalb das Talsensche Leprosorium von den Leprösen, wenn sie schon in ein Leprosorium müssen, gern aufgesucht wird. Zugleich erhält aber auch dadurch die einzige Strafe, welche der Verwaltung zur Verfügung steht, der Ausschluss, als solcher eine Bedeutung. Eine schlimme Sache ist es, wie eben bemerkt, dass der Verwaltung des Leprosoriums ausser dem Ausschluss keinerlei Disciplinargewalt von Seiten der Regierung eingeränmt wird. Es ist sehr schwer, mit den oft aufsässigen Leprösen auszukommen und es muss schliesslich oft zu :: Entfernen derselben aus der Anstalt gegriffen werden, einer Massregel, die aber doch gerade dem Zwecke des Vereins strickt widerspricht. Im Rigaschen Leprosorium hat der livl. Gouverneur keinen Anstoss daran genommen, dass zuweilen Carcerstrafen angewandt werden, bei uns haben wir trotz aller Bemühungen bis jetzt noch nichts Aehnliches erreichen können. Wir sollen hingegen mit Güte auszukommen versuchen und sogar Spaziergänge etc. erlauben. Damit kommt man bei diesen oft ganz verzweifelten, zu allem fähigen Leuten nicht aus. Die Revolution 1905 war im Leprosorium bei Talsen nicht geringer als sonst im Lande: die Zihne war das Leiborgan, der Hausvater wurde unter Drohung gezwungen, das Leprosorium zu verlassen etc. Glücklicherweise gelang es dem Anstaltsarzt, seine Autorität durchzusetzen und durch Ausschluss des Haupträdelsführers die Ordnung aufrecht zu erhalten, wobei ihm allerdings die bald nachher stattfindende Ankunft von Militär in Talsen zu Hilfe kam, sonst hätte es später doch noch anders kommen können.

Im Jahre 1895 vereinigte sich mit dem kurl. Lepravereine der Tuckumsche Localverein, doch so, dass er für die Verwaltung seines Leprosoriums im Keble-Gesinde, 9 Werst von Tuckum, vollständig selbständig blieb, aber nur nach aussen hin durch den allgemeinen Verwaltungsrat vertreten wird.

Sehr bald stellte es sich heraus, dass der Unterhalt der Leprösen aus den Mitgliedsbeiträgen allein, ohne andern Zuschuss nicht möglich war und der Verwaltungsrat wandte sich deshalb an den Gouverneur, Hrn. Swerbejew, welcher dem Verein öfter sein Wohlwollen gezeigt hatte, mit der Bitte, dass ihm von der Regierung jährlich eine bestimmte Summe pro Kranken abgelassen würde. Es wurde von der Regierung aus den Landesprästanden ein jährlicher Zuschuss, der sich zur Zeit auf 100 Rbl. pro Kranken stellt und eine einmalige Summe zum Bau einer Baracke bewilligt, jedoch mit der Bedingung, fernerhin von den Gemeinden keinerlei Zahlung mehr zu verlangen. Der Verein hätte darnach jetzt also noch 100 Rbl. pro Kranken aus seinen Mitteln zu bestreiten, wozu er nur im Stande ist, wenn er sein geringes, noch nachgebliebenes Kapital verbraucht und die Wertpapiere trotz des schlechten Cursus à tont prix verkauft. Auf diese Weise könnte der Verein noch ca. 1 Jahr sich durchschlagen. Er hätte seine Tätigkeit schon eingestellt, wenn ihm nicht im vorigen Jahre eine Erbschaft von 7500 Rbl. zugefallen wäre. Wie hier Abhülfe zu schaffen, dafür die richtigen Mittel und Wege zu finden, ist augenblicklich die Hauptsorge des Verwaltungsrats.

Das Talsensche Leprosorium wurde im Juni 1896 eröffnet, und bis zum 1. Januar 1908 sind daselbst 130 Lepröse, davon 71 Männer und 59 Frauen verpflegt worden, welche beinahe alle dem Bauernstande angehörten. Der kurl. Lepraverein hat seit seinem Bestehen im Ganzen 110003 Rbl. 4 Kop. eingenommen, welche bis auf 9523 Rbl. 28 Kop., die in Pfandbriefen angelegt sind, verausgabt wurden. Die Mitgliederzahl ist zur Zeit auf 469 zurückgegangen, und die Beiträge fliessen leider sehr spärlich ein: z. B. 760 Rbl. gegen 1783 im Jahre 1901.

Zum 1. Jan. 1907 waren im Talsenschen Leprosorium verblieben 59 Kranke (27 Männer und 32 Frauen); es kamen im Laufe des Jahres hinzu 8; es starben 5, wurden ausgeschlossen 2 und trat aus 1.

Eingenommen waren 15274 Rbl. 45 Kop. und ausgegeben:

für den Unterhalt der Kranken, Gage etc.	7629 Rbl.	92	Kop.
Remonte	93 „	90	„
Schulden vom Jahre 1906	2171 „	61	„
Verschiedenes	409 „	78	„
Summa	10305 Rbl.	21	Kop.

Aus Landesprästanden waren 4991 Rbl. 93 Kop. gezahlt worden.

In der Tuckumschen Filiale waren i. J. 1907 verpflegt worden 40 Kranke.

Eingenommen waren 1907	4422 R.	42	K. davon
aus Landesprästanden	3463 „	90	„

Ausgaben:

für den Unterhalt der Kranken	4395 R.	23	K.
Remonte	375 „	42	„
Verschiedenes	33 „	94	„
Summa	4804 R.	59	K.

Die Tuckumsche Filiale hat seit ihrem Bestehen bis 1. Jan. 1908 im Ganzen verpflegt 66 Kranke (38 Männer und 28 Frauen), eingenommen 42948 Rbl. 82 Kop. und ausgegeben 41930 Rbl. 99 Kop. Im Jahre 1900 war das Keble-Gesinde verkauft worden und das Leprosorium in den zu diesem Zweck umgebauten Raudenschen Krug, 7 Werst von Tuckum, übergesiedelt, welcher von seinem früheren Besitzer, Hrn. A. Mentzendorff zu diesem Zwecke geschenkt worden war.

Bei seiner Gründung hatte der kurl. Lepraverein das Ziel gehabt, die Lepra-Angelegenheit des ganzen Landes in die Hand zu nehmen, doch schon sehr bald hatten sich, wie es bei der bekannten kurländischen Uneinigkeit kaum anders zu erwarten war, verschiedene Gebiete für ihre Sonderinteressen abgesondert; so waren der Erwahlensche, Bauskesche und Tuckumsche Verein entstanden, welch letzterer, wie oben erwähnt, sich später dem Verwaltungsrat des kurl. Vereins unterordnete. Diese Zersplitterung in verschiedene Vereine zeigte sich namentlich bei Vertretung der Interessen der Landesregierung gegenüber sehr wenig zweckentsprechend, und so ist es in der letzten Zeit auf bes. Verlangen des Hrn. Gouverneurs dazu gekommen, dass das Präsidium des kurl. Lepravereins auch die übrigen Vereine bei der Gouvernementsverwaltung vertritt. Ob man nicht auch bei engerem Zusammenschluss manches in Betreff der Controlle der Leprösen des Landes, Disciplinargewalt in den Leprosorien etc. hätte erreichen können, bleibe dahingestellt; einen wesentlichen Vorteil scheinen die Localvereine meiner Ansicht nach nicht gebracht zu haben und, wie ich glaube, wird sich allmählich auch eine Verschmelzung aller zu einem grossen, mit gemeinsamem Vorstande ganz von selbst ergeben.

Vom Erwahlenschen Leprosorium, welches im Nogallenschen Druhwing-Gesinde, 6 Werst vom Erwahlenschen Doctorat untergebracht ist, kann ich noch mitteilen, dass daselbst i. J. 1907 11188 Krankentage gewesen sind, welche 4984 Rbl. 99 Kop. kosteten, wovon 3117 Rbl. 48 Kop. aus Landesprästanden herstammten. Zum 1. Jan. 1907 waren dort verblieben 31 Kranke, es kamen hinzu 6, starben 8 und ausgeschlossen wurden 4.

Das Leprosorium ist für ca. 35 Lepröse erbaut worden, welche mit der Wirtschaft etc. zusammen in einem Gebäude untergebracht sind. Ausser in einigen kleineren Zimmern sind die Kranken in 2 grösseren Sälen untergebracht.

Vom Bauskeschen Leprosorium habe ich keine Nachrichten, aber vielleicht wird einer der Collegen aus jener Gegend über dasselbe etwas mitteilen können.

Was die Behandlung der Leprakranken anbetrifft, so ist mit den sogen. Specificis bei uns nichts erreicht worden: es sind Gurjunbalsam, Thyreoidin, Ol. Gynocardii versucht worden. In letzter Zeit werden Injectionen mit Nastin versucht, über die sich noch nichts Bestimmtes sagen lässt. Mir scheint, dass eine antiseptische, roborierende und dabei die zur Zeit bestehenden Symptome bekämpfende Behandlungsmethode am meisten leistet. Jedenfalls habe ich bisher 2 nur so behandelte Kranke aus der Anstalt für geheilt entlassen können, und in einem Falle ist dieses auch von dem bewährten Kenner der Lepra, Prof. O. v. Petersen in Petersburg, bestätigt worden.

Beitrag zur Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea.

Von

Dr. med. A. Kleinberg-Baldohn.

(Vortrag, gehalten auf dem I. kurländischen Aerztetag in Mitau.)

Unter den Fällen von Strangulationsileus ist der Volvulus der Flexura sigmoidea entschieden der häufigste und wohl auch der am leichtesten zu diagnosticierende. Die relativ leichtere Zugänglichkeit vom After aus bringt es mit sich, dass therapeutische Massnahmen hier häufiger von Erfolg gekrönt sind als beim Volvulus an irgend einer anderen Stelle des Darmes. Die allgemein geübten, wenn ich nicht irre, von Braun empfohlenen hohen Darmeingiessungen vermittelst eines Darmschlauches sind fraglos ein durchaus zweckmässiges und stets zu versuchendes Mittel, um die strangulierte Darmschlinge zur Lösung zu bringen, — doch bleiben, wie jeder weiss, dieselben leider nur zu häufig wirkungslos.

Ja, ich behaupte sogar, dass die gewöhnlichen Darmeingiessungen und forcierte Klystiere unter hohem Druck beim eigentlichen Volvulus, auch bei einem tiefsitzenden der Flex. sigmoid., überhaupt nicht im Stande sind, die torquierte Darmschlinge zu lösen und dass die hierdurch erzielten Lösungen nur scheinbare waren, bei Ileuserscheinungen infolge einfacher Darmocclusion durch Koprostase, Darmgeschwülste u. dergl. m.

Ich weiss nicht, ob ein von mir mehrfach mit günstigem Erfolge angewandtes, relativ einfaches Verfahren beim Volv. der Flex. sigm. auch von den Collegen practiciert wird, wenigstens finde ich hierüber keine näheren Angaben in der Literatur.

Es ist das der Versuch, mit einem elastischen Gummischlauch vom Rectum aus direct in die torquierte Flexura sigmoidea oder sogar durch dieselbe hindurch in den zuführenden Schenkel des Colon descendens zu gelangen, um die betreffenden Darmteile durch Wassereingiessung auszuhebern. Ich habe mich von der Möglichkeit dieser Manipulation überzeugt.

Beim Einführen des Darmschlauchs (ich bediene mich hierzu einer gewöhnlichen elastischen Schlundsonde mittlerer Stärke) wird man sich leicht davon überzeugen können, dass, vorausgesetzt, dass factisch eine Axendrehung des Mesocolon der Flex. sigmoid. vorliegt, der Darmschlauch, wie selbstverständlich, nur bis zur Darmschlinge und nicht weiter hinaufgeht. Versucht man jetzt, den Darmschlauch weiter hinaufzuschieben, so rollt sich das obere Ende des Schlauches spiralförmig auf und der meterlange Schlauch kann auf diese Weise unbehindert in toto ins Rectum eingeführt werden. Selbstredend bringt eine Wassereingiessung durch einen so eingeführten Darmschlauch keinen anderen Nutzen, als ein gewöhnliches Wasserklystier, d. h. das einlaufende Wasser füllt die unterhalb der torquierten Flexur befindliche Ampulle des Rectums ad maximum, um dann entweder nach Ueberwindung des Sphincterenschlusses neben dem Schlauche nach aussen abzulaufen, oder nicht weiter einzulaufen.

Die beabsichtigte Lösung und Wegbarmachung der Darmverschlingung durch den Wasserdruck allein dürfte in den meisten Fällen ausbleiben. — Nun kann man aber, und dieses habe ich an 7 Fällen von tiefsitzendem Volv. der Flex. sigmoidea practisch erprobt, den Darmschlauch direct in die torquierte Darmschlinge einführen. Unter Controlle des möglichst hoch ins Rectum eingeführten Zeigefingers wird der Darmschlauch nachgeschoben und die Ampulle des Rectums sondierend abgetastet. Sitzt der Volvulus tief, so fühlt man denselben mitunter ganz deutlich als engen festgeshlossenen Schleimhautschlitz. Durch vorsichtiges Nachschieben des Schlauches überzeugt man sich davon, ob derselbe in den schlitzförmigen engen Eingang zur torquierten Schlinge eindringt. Ist das der Fall, und ich kann Sie, meine Herrn, versichern, dass es gar nicht so selten der Fall ist, so sind wir über den Berg. Man kann jetzt den Schauch bequem und ohne irgend welche Mühe weiter hinaufführen.

Das leitende Ende des Schlauchs nimmt seinen Weg innerhalb der strangulierten Partie an der concaven längeren Wand des Darmes und gelangt so zum zuführenden Schenkel. In zwei Fällen documentierte sich das Eindringen des Darmschlauches in die torquierte Darmschlinge durch sofortigen lauten Abgang von Gasen durch den Schlauch, bevor ich noch einen Wassereinlauf durch denselben vorgenommen hatte. Mit einem Schlage war der Pat. von seinen qualvollen Beschwerden befreit; der hochgradige Meteorismus schwand in einigen Minuten, es erfolgte eine Defäcation. Doch nicht immer geht es so glatt. Auch wenn es gelungen sein sollte, den Darmschlauch in die torquierte Schlinge einzuführen, so ist damit die Wegsamkeit derselben noch nicht garantiert, und das schwere Krankheitsbild des Ileus bleibt zunächst unverändert bestehen. Jetzt wird eine Wassereingiessung aus einem Irrigator durch den Schlauch vorgenommen; die Beschwerden des Patienten nehmen sofort zu, es stellen sich Unruhe, stärkere Schmerzen, vermehrtes Erbrechen usw. ein. Man lasse sich dadurch nicht beirren, wie es mir einmal passierte, und ziehe den Darmschlauch nur nicht zurück[1]), sondern lasse das eingelaufene Wasser zunächst wieder durch den Schlauch abfliessen. Das erfolgt sofort, sowie man den Irrigatoransatz aus dem Darmschlauch entfernt hat. Das ausfliessende Wasser ist kotgefärbt. Dieses Manöver wiederhole ich sofort mehrfach, und es erweist sich, dass man jedes Mal etwas mehr Wasser einlaufen lassen kann. Auf diese Weise wird die torquierte Darmschlinge, eventuell auch die unmittelbar oberhalb der Verschlingung befindliche, gleihfalls durch Kotstauung und Meteorismus ad maximum ausgedehnte Darmpartie entlastet. Sehr bald gehen mit dem ausfliessenden Wasser Winde ab, und die schwersten Erscheinungen sind damit beseitigt. Jetzt lassen sich immer grössere Wassermengen eingiessen, bis sich Drängen einstellt und Fäcalabgang erfolgt.

Diesen eben geschilderten Modus der Lösung eines tiefsitzenden Volvulus der Flex. sigmoidea habe ich bei vier Pat. beobachtet, u. z. bei zweien von ihnen je einmal, bei einem dreimal und bei einem zweimal. Besonders typisch waren die beiden letztgenannten Patienten mit recidivierendem Volvulus.

In einigen anderen Fällen war es mir nicht möglich, den Eingang zur torquierten Flexur mit dem Finger zu erreichen; in diesen Fällen versuchte ich blind, ohne Controlle des Fingers, mit dem Darmschlauch allein den Eingang zum Volvulus zu finden und glaube auch, ihn ein paarmal gefunden zu haben. Das sicherste Zeichen dafür war nur der Umstand, dass der Schlauch sich nicht aufrollte; geschah dieses, so zog ich den Schlauch zurück und versuchte von neuem, möglichst hoch hinaufzukommen.

Meine Herren! Ich bin weit davon entfernt, behaupten zu wollen, dass die Einführung eines Darmschlauches in die torquierte Flex. sigmoid jedes Mal möglich sei, — im Gegenteil, ich bin davon überzeugt, dass es nur wenige, besonders günstige, nicht stark strangulierte, tiefsitzende Fälle von Volv. flexurae sigmoideae sein werden, bei denen sich das geschilderte Verfahren mit Erfolg anwenden lässt.

[1]) Ich will dabei bemerken, dass mir dieses nicht ohne weiteres gelang; der Darmschlauch sass in der engen Passage fest eingeklemmt und dehnte sich ordentlich beim Herausziehen.

Ich will nicht unerwähnt lassen, dass ich mich in den meisten Fällen von Volv., und so auch in den von mir angeführten, auch anderer therapeutischer Masnahmen, so der von Kussmaul empfohlenen Magenausspülungen und 2 Mal [2]) der von mir früher perhorescierten Gaspunction des Darms bedient habe. Letztgenannten Eingriff haben in verzweifelten Fällen seiner Zeit Ziemssen und Curschmann empfohlen. Auch Prof. v. Miculicz, früher ein Gegner der Darmpunction, hat sich, wie ich einem Vortrage des Prof. Curschmann entnehme, neuerdings für dieselbe ausgesprochen und sie als unschädlich und unter Umständen als nützlich bezeichnet.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

C. v. Pirquet. Klinische Studien über Vaccination und vaccinale Allergie. Mit 49 Figuren im Text und einer farbigen Tafel. Leipzig und Wien. Fr. Deuticke. 1907.

Diese aus der Escherichschen Kinderklinik vervorgegangene Arbeit giebt in der Einleitung eine Geschichte der Hypothesen über den Mechanismus des Impfschutzes. Dann wird die angewandte Methodik sowie das den Untersuchungen dienende Material besprochen.

In zwei Teilen wird eine genaue Analyse der Erstvaccination und der Revaccination gegeben, wobei die Erscheinungen derselben in Curven, Diagrammen und Tafeln der Uebersicht und dem Vergleiche viel näher gebracht werden. An der Hand dieses in Form und Stoff z. T. ganz neuen Materials stellt Verf. im III theoretischen Teil den Begriff der Allergie auf und kommt zu einer ganz neuen hypothetischen Auffassung des Mechanismus der Vaccination und der Infectionen im Allgemeinen.

Unter dem neugeprägten Begriff der «Allergie» versteht v. P. eine Umstimmung des tierischen oder menschlichen Organismus, die nach Einwirkung einer fremden Substanz in ihn eintritt, wobei der Begriff der Immunität als Teilerscheinung in den Begriff der Allergie eingeht, da hierbei eine ganze Reihe von Processen neben und nach einander verlaufen. Bei einer Infection kommt zunächst eine Vermehrung des eingedrungenen Microorganismus zustande, worauf als Reaction eine Antikörperbildung statt hat. Doch brauchen diese nicht nur das Leben der Microorganismen zu vernichten, sondern es können auch solche sein, die den Krankheitserreger lösen und aus ihm oder mit ihm toxische Producte bilden und dadurch die klinischen Elemente der Krankheit, die Symptome hervorrufen.

In Bezug auf die Details der Ausführungen muss auf das Original verwiesen werden.

A. Ucke.

Robert Behla. Der tatsächliche Krebserreger. Sein Cyklus und seine Dauersporen. Berlin 1907. Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz.

Vor 4 Jahren hatten wir schon Gelegenheit, von B.'s Versuch, der Aetiologie des Krebses näherzutreten, Bericht zu erstatten. Heute liegt uns wieder eine beinahe 200 Seiten starke Schrift in 8° vor, die eine gewichtige Lanze für die parasitäre Theorie der Krebsentstehung bricht und gegen die landläufigen Vorstellungen der Pathologen zu Felde zieht. Dieser Feldzug ist durchaus berechtigt, als in der Tat die Pathologie der letzten Decennien Nichts zur Klärung der Frage beigetragen hat, woher die Carcinome entstehen. Denn es muss ohne weiteres zugegeben werden, dass die Speculationen auf Grund der histologischen Bilder toter Objecte lebhaft an die Spitzfindigkeiten der Scholastiker erinnern. Die Zeit wird lehren, ob die Chytridiaceen, auf die Behla jetzt zum zweiten Male hinweist, berufen sind, eine Rolle in der Aetiologie der bösartigen Geschwülste zu spielen, soviel aber steht fest, dass es dankenswert ist, wieder auf die Beobachtung der freien Natur hingewiesen zu haben, wo der Horizont auf den Tubus des Microscops eingeschränkt war. Wollen wir hoffen, dass ein onkologisches Institut im Sinne Behlas uns lehrt, was für Prophylaxe und Therapie des Krebses getan werden kann. Die moderne Pathologie hat uns in dieser Richtung bis jetzt nichts gegeben.

A. Ucke.

---

[2]) Das eine Mal bei einem Moribunden.

Protokolle des IV. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 11., 12. und 13. November 1907 zu Reval.

1. Sitzung.

Sonntag den 11. November von 11—2 Uhr.

(Fortsetzung).

Cassabericht des Cassaführers Dr. Weiss-Reval (zum IV. Estländ. Aerztetage).

Einnahmen:

Saldo des vorigen Jahres	Rbl.	356.55
51 Mitgliedsbeiträge	»	153.—
Zinsen im Sparcassenbuch	»	2.08
	Rbl.	511.63

Ausgaben:

Inserate für den 3. u. 4. Aerztetag	»	40.90
Schreibergebühren	»	8.50
Bedienung, Trinkgelder und div.	»	16.70
Drucksachen: Programme, Discussionskarten und dergleichen	»	22.—
Auslagen der Secretaire für Porto, Telegramme etc.	»	28.49
Beleuchtungsausgaben	»	45.84
1 Schrank	»	5.—
Für Unterstützung notleidender Collegen in Liv- und Kurland (Beitrag zu der vom Livländ. Verein eingeleiteten Hilfsaction)	»	200.—
Summa	Rbl.	367.43
Saldo zum 11. Nov. 1907	»	144.20
	Rbl.	511.20

Auf Antrag des Vorstandes beschliesst die Gesellschaft, sich als Estländische Aerztliche Gesellschaft aufzulösen und sich neu zu konstituieren, im Falle von der Versammlung die neuen Statuten angenommen werden, was auf der letzten Sitzung der diesjährigen Tagung geschehen soll.

Die Versammlung beschliesst, 100 Rbl. als Beitrag der Gesellschaft dem Verein zur Errichtung eines Standbildes für Geheimrat v. Bergmann zu überweisen und diese Summe auf 2 Jahre zu repartieren.

Die Versammlung beschliesst, zu den Aerztetagen der Schwesterprovinzen offizielle Vertreter zu senden unter Bewilligung von Diäten für dieselben.

Der Präses ladet im Namen des Damenkomitees die Collegen mit ihren Angehörigen zu einem Gesellschaftsabend am Montag um ½10 Uhr ein und teilt mit, dass im Theater für die Collegen Plätze reserviert sind.

Der Präses macht der Versammlung die Eröffnung, dass er die Glieder der Landessanitätskommission zur ersten Sitzung eingeladen hat.

Als Termin für den nächsten Aerztetag wird der Anfang des November resp. das Ende October bestimmt, wobei dem Vorstande überlassen wird, die Wahl zu treffen.

Als Mitgliedsbeitrag wird 5 Rbl. festgesetzt.

In den Vorstand werden per Acclamation gewählt:
Zum Praeses Dr. v. Wistinghausen.
Zum Vicepraeses Dr. Weiss.
Zu Sekretären Dr. Kupffer und Dr. Thomson.
Zum Cassaführer Dr. Haller.

Nachdem der Präses die Herren Vertreter der Landessanitätscommission, Landrat Baron Traubenberg und Baron Girard und den Herrn Architecten Schott vorgestellt hat, erstattet er folgenden Bericht über die Sanitätsreform in Estland:

«M. H. Wir blicken bald zurück auf das 3-jährige Bestehen der Sanitätsreform. Sie wissen jedoch bereits aus dem vorjährigen Referate, das ich Ihnen auf dem letzten Aerztetage vorzulegen Gelegenheit hatte, dass das Jahr 1905 fast völlig für die Sanitätsreform verloren gegangen ist, und auch in der ersten Hälfte des Jahres 1906 hat sie ihre Wirksamkeit nur in ganz geringem Grade entfalten können. Wenn also manches nicht erreicht worden ist, so liegt es zu nicht geringem Teil an der Kürze der Zeit.

Aber wir können auch schon jetzt feststellen, dass das Bild, welches die sanitären Verhältnisse der Provinz bieten, in vieler Beziehung nicht mit dem früheren zu vergleichen

ist. Ich habe Ihnen im vorigen Jahr an dieser Karte de Zunahme der Landarztstellen demonstriert; ich kann Ihnen jetzt mitteilen, dass sich zwei weitere Arztverbände neugebildet haben, nämlich der Johannissche in Jerwen und der Kegelsche. Die Bildung eines dritten: des Werpelschen Arztverbandes ist so gut wie sicher.

Die Subventionen, welche die Ritter- und Landschaft den Verbänden für Doctorate und Ambulanzstationen zahlt, sowie der Nebenvedienst des Landschaftsarztes durch die für die sanitäre Aufsicht gezahlte Gage ermöglichen der Privatinitiative tatsächlich die Neubildung von Landarztstellen.

Die Bildung der Kegelschen Landarztstelle muss besonders hervorgehoben werden, da es sich hier um einen sogenannten nah-städtischen Bezirk handelt, für welche die Kreierung einer Arztstelle ausserordentlich schwierig ist. Diese Tatsache erweckt die Hoffnung, dass auch in den schlecht versorgten Kirchspielen Jürgens und Johannis in Harrien, sowie in den in der Umgegend von Hapsal liegenden Kirchspielen mit der Zeit Arztstellen entstehen mögen. Einstweilen ist vom Ritterschaftlichen Ausschuss für eine periodische Ambulanz in Goldenbeck eine Summe von 300 Rbl. jährlich und eine Subvention für eine Krankenpflegerin in Piersal ausgeworfen worden.

Derjenige Kreis, in welchem man die Besetzung als den Verhältnissen angemessen ansehen kann, ist Jerwen, und auch Wierland käme fast gleich, wenn nicht das Kirchspiel Isaak wäre, welches durch seine Ausdehnung und äusserst complicierten Verhältnisse bisher eine genügende ärztliche Versorgung unmöglich gemacht hat.

Was die Versorgung mit Hebammen betrifft, kann ich Ihnen berichten, dass seit dem letzten Aerztetage 9 Hebammen angestellt worden sind. Wir haben jetzt im ganzen in Estland 32 subventionierte und 12 nichtsubventionierte Hebammen für das flache Land. Sie sehen auf der Karte die ersten mit einer grünen Scheibe, die zweiten mit einer halben solchen bezeichnet.

Aus den Berichten der Landschaftsärzte, welche im Jahre 1905/06 über 18 Hebammen und 1906/07 über 24 Hebammen eingelaufen sind, konnte ersehen werden, dass im ersten Berichtsjahr 337 Geburten von 18 Hebammen, im zweiten 638 Geburten von 24 Hebammen geleitet wurden; davon waren

	ad I.	ad II.	
natürliche . . .	305	603	
künstliche. . . .	32!	35!	
Fehlgeburten . .	6	17	
leb. geb. Kinder .	321	625	
tot geb. Kinder .	18	21	
Wochenbettfieber.	3 mal	10 mal	
Tod der Mutter .	4 mal	2 mal	beide Jahre
Tod der Kinder .	3 mal	5 mal	7 Todesfälle.

Aus Privatmitteln wurde gezahlt für die 18 Hebammen, über die das erste Mal berichtet wurde, 1105 Rbl. Fixa, aus Landesmitteln 850 Rbl., im ganzen 1955 Rbl., bei 321 lebendgeborenen Kindern 6 Rbl. pro Kind. Im zweiten Berichtsjahr wurde aus Privatmitteln an die 24 Hebammen, über die berichtet worden ist, 1289 Rbl., aus Landesmitteln 1700, im ganzen 2989 Rbl. gezahlt, pro Kind also bei 625 lebendgeb. 4,75 Rbl.; daraus ersehen Sie eine steigende Tendenz in der Praxis der Hebammen.

Jedoch muss gesagt werden, dass nicht über alle Hebammen berichtet werden konnte, weil sie teilweise erst vor kurzem angestellt worden waren, teilweise auch deshalb, weil die Berichtszeiten vom 31. August auf den 1. Januar umgestimmt worden sind. Durch die Einführung der Schnurbücher und Berichtsschemata für die Hebammen ist die Kontrolle durch die Landsschaftsärzte organisiert worden.

Die Führung der Hebammen und der Zustand ihres Instrumentariums ist in fast allen Fällen mit gut und sehr gut bezeichnet worden; nur zwei Hebammen haben ein «ziemlich gut» davon getragen.

Pflegerinnen sind für 3 Punkte subventioniert worden. Ein Feldscher wurde während einer Scharlachepidemie in Klein-Marien zeitweilig angestellt. Im ganzen ist ausser den Hebammen sehr wenig medicinisches Unterpersonal vorhanden.

Im Gebiet des Kampfes mit den Epidemien ist durch die Einführung des neuen Impfreglements ein bedeutender Schritt vorwärts gemacht worden. Sie erinnern sich, meine Herren, dass Sie auf dem vorigen Aerztetag den Wunsch aussprachen, das der von unserer Kommission durch Herrn Dr. Nottbeck vorgelegte Entwurf für ein neues Impfreglement der Landes-Sanitätscommission zur eventuellen Benutzung zur Verfügung gestellt werden sollte. Der Entwurf wurde von unserer Commission beprüft und gekürzt, dann der Landes-Sanitätscommission vorgelegt, von ihr mit einigen Veränderungen angenommen und der Gouvernementsregierung zur Bestätigung eingesandt. Dort sind noch weitere Kürzungen und einige Umstellungen vorgenommen worden. Meine Herren, die am 28. Februar 1907 vom damaligen Estländischen Gouverneur Baschilow bestätigten Regeln werden Ihren Ansprüchen genügen. Aber sie gewinnen eine besondere Bedeutung durch den dankenswerten Umstand, dass der Ritterschaftliche Ausschuss die Deckung der Unkosten der Lieferung der Lymphe aus den Mitteln der Landes-Sanitätscommission bewilligt hat, unter der Bedingung, dass andere Lymphe als die unter der Controlle der Landes-Sanitätscommission bezogene nicht gebraucht werde. Dafür ist durch § 9 der bestätigten Regeln für die Schutzpockenimpfung gesorgt. Seit dem Frühling 1907 wird alle Lymphe für die regulären Impftermine (bei Epidemien ist schon lange auf Kosten der Ritter- und Landschaft geimpft worden) für die ganze Provinz von der Sanitätscommission beschafft und den Landschaftsärzten in dem von ihnen gewünschten Quantum zugestellt. So sind seit dem März 1907 bis jetzt ca 4300 Röhren zum Versand gekommen, wobei die Röhre für 5 Impflinge berechnet ist.

Die Lymphe wird aus Orel von Shiwopiszew bezogen und ist laut Berichten der Landschaftsärzte den Anforderungen gerecht geworden. Nach den Berichten über die Frühlingsimpfung 1907 kamen die Pocken bei 3453 Impfungen 250 mal nicht auf, d. h. die Impfung schlug in 7,5 pCt. der Fälle nicht an. Ich hoffe, Sie werden mir auch heute bestätigen, dass die Lymphe gut ist.

Meine Herren, wir haben in der garantierten Lymphe und in den Regeln für die Schutzpockenimpfung einen wichtigen Besitz; es ist jetzt die grosse Aufgabe der Herren Landschaftsärzte, dieses in der Praxis voll durchzuführen. Die Schwierigkeiten, die sich da entgegenstellen können, liegen zum Teil in der Unlust der Gemeindeverwaltungen, zum Teil in der ungenügenden Zuverlässigkeit der Gemeindeimpfer.

Zur Controlle der regelmässigen Impfungen sind Blanquette für die Geistlichen hergestellt worden und Schemata zur Einrichtung neuer Schnurbücher der Gemeindeverwaltungen. Der gemeinsamen Arbeit der Landes-Sanitätscommission und der Landschaftsärzte wird es gewiss bald gelingen, den ganzen Apparat in ein festes Gefüge zu bringen.

Ich komme, meine Herren, zu dem Hauptteil meines diesmaligen Referats, nämlich zu der Zusammenstellung der von den Landschaftsärzten eingesandten Berichte über die in ihrem Bezirk befindlichen Schulen.

Wir haben in Estland im ganzen 602 Schulen, davon 44 Lehrstuben. Die Berichte zerfallen in zwei Hauptgruppen, nämlich in die Berichte über die Schulgebäude, welche, einmalig ausgeführt, ein allgemeines Bild über die in der Provinz vorhandenen Dorfschulen geben sollen, und in die jährlich wiederholten fortlaufenden Berichte über den Gesundheitszustand der Schulkinder und die Sauberkeit und Ordnung, in der die Schule gehalten wird, — wobei ich zunächst die 1-klassigen Schulen ins Auge fasse und die 42 mehrklassigen übergehe.

Es liegen Berichte über 483 einklassige Schulgebäude vor. Es sind Gebäude von der durchschnittlichen Länge 17—21,5 Meter, der durchschnittlichen Breite von 8,8—9,4 Meter und der durchschnittlichen Höhe von 2,8 Meter, die in 426 Fällen aus Holz 49 mal aus Stein gebaut sind, und die Kombination von Holz und Stein kommt in 3 Fällen vor. Die Bekleidung der Aussenwände besteht bei den Holzhäusern aus Brettern, fehlt jedoch in 175 Fällen. Der Baugrund wird nur in 30 Fällen als niedrig resp. feucht angegeben; das immer steinerne Fundament ist in 382 Fällen in gutem, in 61 Fällen in schlechtem Zustand; eine Ventilation des Fundaments fehlt aber in 373 Fällen. Der Zustand des Daches wird in 85 Fällen mit schlecht bezeichnet.

Der Zustand des ganzen Gebäudes ist in 300 Fällen als gut und sehr gut befunden, 89 mal genügend, 39 mal mangelhaft, 51 mal jedoch als ganz schlecht und unbrauchbar notiert. Es ist also vorauszusehen, dass diese letzteren Schulen in absehbarer Zeit werden von neuem aufgebaut werden müssen. Bei dieser Gelegenheit werden die Pläne für die Neubauten dem Landschaftsarzt vorgelegt werden. Der § 6 der Instructionen für die Landschaftsärzte lautet: «Im Falle eines Neubaus resp. Umbaus des Schulgebäudes ist der Bauplan nebst detaillierten Erläuterungen dem Landschaftsarzt zur Begutachtung in sanitärer Hinsicht vorzustellen».

Der Landschaftsarzt wird also sicher in 51 Fällen in die Lage kommen, sein Gutachten über einen neuen Plan abzugeben.

Die Berichte enthalten die Pläne jeder einzelnen Schule. Es ist mir natürlich ganz unmöglich, Ihnen irgend etwas detailliertes über die 483 Pläne zu sagen; ich habe aber einen Plan einer alten Schule herausgegriffen, welcher mir typisch erschien und Ihnen hier aufgemalt. Sie sehen hier die Gemeindeschule zu Selli und werden bei näherer Betrachtung gewiss hygienische Fehler feststellen können. Das Gebäude ist in einem guten Zustande — die hygienischen Fehler sind nicht etwa so hochgradig, dass deswegen an einen

Umbau gedacht werden muss — so liegt ja die Sache überhaupt nicht — es kommt nur darauf an, dass sie bei einem Neubau vermieden werden. Auf die einzelnen Fehler will ich nicht eingehen: Sie werden sie am besten finden, wenn Sie die von der Commission ausgearbeiteten Ratschläge und die Pläne des Herrn Architecten Schott mit diesem vergleichen. Aber ich habe Ihnen noch einen zweiten Plan mitgebracht: den Plan der Schule in Terrefer. Wie Sie sehen, ist er dem ersteren ähnlich und unterscheidet sich eigentlich nur darin von jenem, dass 2 Schlafräume existieren und die Lehrerwohnung besser isolierbar ist; die ganze Anordnung ist dieselbe wie im ersten. Wichtig ist hierbei der Umstand, dass die Sellische Schule alt ist und die Terrefersche erst im Jahre 1903 erbaut worden ist. Es soll damit nichts anderes gesagt werden, als dass ohne hygienische Controlle zur Zeit noch Schulen gebaut wurden, welche unnützerweise Fehler aufweisen. Herr Architect Schott wird so freundlich sein, diese Pläne mit den seinen zu vergleichen und uns zu sagen, ob die Vermeidung der Fehler den Kostenaufwand erheblich vergrössert. Denn darauf kommt es ja hauptsächlich an; mit grossen Kosten kann man natürlich alles leisten, und wir dürfen keine Ratschläge geben, die die Ausführung zu sehr verteuern. Hier an dem Plan einer 2-klassigen Schule sehen Sie vieles besser, aber es ist ein grosses Gebäude, welches, so viel ich weiss, mit ministerieller Subvention erbaut ist, und doch ist hier insofern unpraktisch vorgegangen, als die Klassenfenster in den beiden grossen Klassen — die 3-te Klasse scheint mir ursprünglich als Knaben-Schlafraum gedacht zu sein — nach Südosten liegen; die Sonne scheint also gerade in der Schulzeit hinein (was in den Monaten März und April nicht wünschenswert ist).

Das Klassenzimmer ist einer genauen Revision unterzogen worden. Da sind zunächst die Dielen: zwar sind es meist — in 448 Fällen — Bretterdielen, aber doch haben 27 Schulen Stein-, 2 Lehm- und 2 Cement-Dielen. Ihr Zustand war 377 mal gut, aber in 97 Schulen schlecht. Die Türen, die ins Klassenzimmer führen, schlagen 379 mal nach innen, d. h. ins Klassenzimmer, nur in 100 Fällen nach aussen auf. Die Oefen sind in 379 Schulen gut oder genügend, in 91 Fällen in einem schlechten Zustande; im Durchschnitt sind sie 2,2 Meter hoch (es giebt aber auch ganz niedrige von nur 1 Meter). In 169 Fällen geschieht die Heizung nicht von der Klasse aus. Im Durchschnitt war die Temperatur 13—14° Reaumür. Die Anzahl der Fenster ist im Durchschnitt 4,5; sie sind 1,2 Meter hoch, 0,8 Meter breit und 0,7 Meter von der Diele entfernt.

Sehr wichtig ist das Verhältnis der Glasfläche zur Dielenfläche. Sie wissen, meine Herren, dass die Schulzeit vom 15. October bis 15. April dauert, die erste Hälfte also ganz in die dunkle Zeit fällt; daher kommt es darauf an, dass die Glasfläche nicht zu klein sei im Vergleich zur Bodenfläche des Zimmers. Das richtige Verhältnis von 1:5 ist aber nur in 18 Schulen erreicht; von 1:6 bis 1:10 haben 190 Schulen; noch ungünstiger als 1:10 (es kommt 1:26 vor, ist das Verhältnis in 276 Schulen; man kann also sagen: fast alle Klassen der einklassigen Schulen sind zu dunkel. Fast überall ist nur eine Lampe vorhanden.

Bei der Erwähnung der Grösse des Klassenraums ist es wichtig, die durchschnittliche Schülerzahl zu kennen: wir haben Berichte über 483 Schulen mit insgesamt 16669 Schülern, also im Durchschnitt pro Schule 34,5. Der Durchschnitts-Bodenflächenraum der Klasse ist 56 Quadratmeter, also pro Schulkind 1,6 Qu. Meter, bei einer Zimmerhöhe von 2,8 Meter.

Der Luftinhalt der Klasse ist im Durchschnitt 158,5 Kub. Met., pro Kind 1,8 Kub. Met.

Daraus kann entnommen werden, dass im allgemeinen die Schulen zu sehr belastet sind, d. h. die Anzahl derselben nicht genügt.

Ventilation durch Klappfenster ist in 357 Klassen vorhanden, in 111 Klassen nicht. Ventilatoren in der Wand sind nur in 46 Fällen, in 329 keine; Ventilatoren im Schornstein in 127 Klassen, in 234 Klassen nicht.

Was die Bänke betrifft, so ist leider nur in beschränkter Anzahl angegeben, ob eine Plus- oder Minus Distanz vorhanden ist. 112 mal +, 34 mal —; jedenfalls ist die Plusdistanz die bei weitem häufigere.

Speibecken sind in keiner einzigen Schule vorhanden gewesen.

Die Lehrerwohnung ist gut isolierbar in 357 Schulen, nicht isolierbar in 63 Fällen. Der Luftkubus der Lehrerwohnung ist im Durchschnitt 90 Kub. Meter; über Ventilation ist in 346 Fällen berichtet worden, in 64 Fällen war sie nicht vorhanden.

Ein Gelass für die Ueberkleider giebt es nach den Berichten in 144 Fällen, in 181 Fällen nicht.

Eine Vorratskammer für die Schulkinder findet sich in 153 Fällen, in 196 Fällen nicht.

Eine Küche für die Schulkinder ist 58 Mal vorhanden, in 216 Schulen nicht. Die Frage nach der Waschvorrichtung ist 79 Mal positiv, 217 Mal negativ beantwortet.

Ich bitte diese Zahlen nicht absolut zu nehmen, da sie nicht vollständig sind; es kann hier nur aus dem Ueberwiegen der negativen Antworten geschlossen werden, dass im allgemeinen bei weitem häufiger die Vorratskammern, Küchen und Waschvorrichtungen fehlen, als dass sie vorhanden sind.

Schlafräume für die Kinder sind auch nur 106 Mal angegeben, und deren Luftinhalt so selten, dass keine allgemeine Ziffer und deshalb auch nicht das Verhältnis zur Anzahl der Pensionäre festgestellt werden konnte. Immerhin gewinnt man bei der Durchsicht den Eindruck, dass vielfach die Schlafräume zu klein sind, und vielfach wohl Pensionäre, aber keine Schlafräume vorhanden sind — da werden dann die Klassen zum Schlafen benutzt. Von einer speciellen Einrichtung zum Schlafen hören wir nur in 56 Fällen (aber die Rubrik ist meistenteils nicht ausgefüllt). Meist handelt es sich um Strohsäcke, die auf der Diele liegen.

Ein Brunnen ist in 387 Fällen vorhanden; er ist aber nur in 280 Fällen vor dem Eindringen des Oberflächenwassers geschützt. Die Güte des Wassers ist gut 218 mal, genügend 55 mal, schlecht 43 mal; 27 mal ist sie nicht angegeben. Die Brunnen haben also im allgemeinen gutes Wasser.

Aborte sind meistenteils vorhanden und stehen ausserhalb des Schulhauses.

Gehen wir nun zu den fortlaufenden jährlichen Berichten über, so übergehen wir in dieser Darstellung die Berichte aus dem Schuljahr 1905/06, und werfen wir nur einen Blick in die Berichte vom Schuljahr 1906/07 — dann kann ich Ihnen berichten, dass im zwischenliegenden Jahr 96 mal bauliche Veränderungen und Remonten und 76 Vorschläge der revidierenden Landschaftsärzte ausgeführt worden sind.

Die Ordnung und Sauberkeit der Klasse konnte in 20 Fällen mit sehr gut, in 257 Fällen mit gut und in 240 Fällen mit genügend bezeichnet werden; 76 mal war sie mangelhaft, 16 mal schlecht. Die Ordnung und Sauberkeit der Schlafräume und des Gelasses für die Oberkleider war 6 mal schlecht; von den anderen Urteilen überwog das Urteil gut. Die Sauberkeit der Lehrerwohnung ist nur in 38 Fällen als mangelhaft bezeichnet. In der Klasse wird das Fegen und Reinigen in 359 Fällen von den Kindern besorgt; die mangelhafte Reinlichkeit der Kinder selbst wird nur in 64 Fällen betont.

Auf ihren Gesundheitszustand wurden 16095 Kinder geprüft; bei 15107 wurde die Konstitution speciell bezeichnet, und zwar 1350 Kinder als schwächlich, 7328 Kinder als mittelkräftig und 6429 Kinder als kräftig. Hier spielt nun wohl die verschiedene Auffassung der einzelnen Landschaftsärzte mit; immerhin aber lässt sich der Einblick gewinnen, dass in ungefähr 500 Schulen 1300 schwächliche Kinder sind, also weniger als 3 pro Schule, bei annähernd 30 Schülern, also ca 8 pCt.: ein jedenfalls nicht allzu schlimmes Verhältnis.

Von den 16095 untersuchten Kindern litten im Gebiet des

1) Haarbodens an a) Eczem 177, b) Parasiten 496 (?),

2) des Mund-, Nasen- und Rachenraums an a) acutem und chronischem Katarrh 1100, b) Ozaena 28, c) cariösen Zähnen 1328,

3) der Augen an a) chron. und ac. Conjunctival-Katarrhen 1351, b) Trachom oder leicht wahrnehmbaren Folgezuständen 359, c) blepharitis ciliaris 94,

4) der Gesichtshaut an a) Blässe 1944, b) Eczem 363, c) Pockennarben 212.

5) der Ohren an a) Schwerhörigkeit 290,

6) des Halses an a) Struma 79, b) Drüsenschwellungen 1900 resp. Eiterungen 3.

7) der Extremitäten an a) chron. Gelenkleiden 52, b) Osteomyelitis chronica 8, c) Rachitis resp. leicht wahrnehmbaren Folgezuständen 89.

NB. hatten keine Impfnarben 819,

8) der Wirbelsäule an a) Spondylitis 7, b) hochgradige Scoliose 34 (?).

9) Allgemeinerkrankungen fanden sich, und zwar: a) Furunculose bei 51, b) Syphilis bei 2, c) Scabies bei 76, d) Psoriasis bei 11, e) Anaemie bei 712, f) Tumoren bei 21 (?), g) allgemene Lymphdrüsenschwellungen bei 89, h) acute Infectionskrankheiten: Keuchhusten bei 55, Masern bei 27, Scharlach bei 9, Windpocken bei 1, Angina bei 2.

Zur Zeit der Revision herrschte 28 mal Scharlach, 31 mal Masern, 1 mal Röteln, 6 mal Keuchhusten, 2 mal Windpocken und 1 mal die Pocken.

Im Schuljahr 1906/07 ist in 66 Fällen der temporäre Ausschluss in Anwendung gekommen. In 16 Fällen sind die Isolierungsbestimmungen eingehalten worden. Revaccinationen haben 232 mal stattgefunden. 32 mal sind Schulen desinficiert worden.

In Jerwen und Harrien sind 30 Schulen wegen Krankheiten temporär geschlossen gewesen; in Wierland und i. d. Wiek haben 752 Schultage aus demselben Grunde ausfallen müssen.

An den Revisionstagen haben im ganzen 2937 Kinder gefehlt.

Entsprechend den vorgefundenen Mängeln haben die Landschaftsärzte sanitäre Vorschläge gemacht.

Meine Herren. Auf die Berichte über die Armenhäuser, Hospitäler und Epidemien muss ich verzichten, weil die Zeit nicht gereicht hat. Ich habe versucht, einen Generalbericht zusammenzustellen, bin mir aber wohl bewusst, dass nur ein annäherndes Bild gegeben werden konnte. Das vorliegende Material ist von grossem Wert für die Zukunft, denn man wird den Fortschritt an den laufenden Berichten controllieren können, und der Wert der Zusammenstellung ergiebt sich erst im Lauf der Jahre. Erst im Lauf der Jahre wird die Wirkung der Schulrevisionen sich bemerkbar machen».

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Im Vordergrunde des medicinischen Interesses steht noch immer die Cholera, deren Verbreitung im Reich und in der Residenz noch im Zunehmen begriffen ist. Der Verlauf der Epidemie in St. Petersburg ist aus folgender Tabelle ersichtlich.

Vom 7.—8. September:

	Vorhanden	Hinzugekommen	Verstorben	Genesen	Verblieben
Obuchow-Männerhospital	262	55	27	26	264
» Frauenhospital	107	27	24	4	106
Peter-Paul-Hospital	178	47	7	18	200
Alexander-Hospital	253	25	13	32	233
Maria-Magdalenen-Hospital	159	51	17	24	169
Marien-Hospital	9	3	2	—	10
Botkinsches Barackenhospital	311	87	34	33	331
Wiborger Hospital	8	5	—	—	13
Kinderhospital	13	15	4	—	24
Kalinkin-Hospital	114	48	24	24	114
Klinik des Prof. Tschistowitsch	3	1	—	—	4
Palais-Hospital	5	2	1	1	5
Im ganzen	1422	366	153	162	1473
Seit Beginn der Epidemie, d. h. seit 13 Tagen		2811	914	424	1473

Die Sterblichkeit hat in den letzten Tagen zugenommen und beträgt jetzt mehr als 32 pCt.

— Der Mangel an Platz in den städtischen Hospitälern macht sich in besorgniserregender Weise fühlbar, namentlich sind die Hospitäler durch die Verpflegung von chronischen Kranken so in Anspruch genommen, dass für die acuten Erkrankungen viel zu wenig Raum übrig bleibt. Die Gründung von Siechenhäusern und Asylen ausserhalb der Stadt ist schon längst ein dringendes Bedürfnis, dem leider bis jetzt in nur sehr unvollkommener Weise nachgekommen wird. Die jetzige Epidemie wird hoffentlich Allen, die für das Wohl der Stadt ex officio zu sorgen haben, die Ueberzeugung einflössen, dass es an der Zeit ist, die Hospitäler von dem Ballast der chronischen Kranken zu entlasten und ausserdem noch Hospitäler für acute Erkrankungen zu errichten.

Die Massregeln, die gegenwärtig in St. Petersburg gegen die Choleraepidemie ergriffen werden, können natürlich nur als Palliativmassregeln betrachtet werden. Soll in Zukunft dem Auftreten einer neuen Epidemie vorgebeugt werden, so muss das ganze Sanitätswesen von Grund aus umgestaltet und strenge, gesetzliche Normen zur Wahrung der Volksgesundheit und des allgemeinen Wohlstandes ausgearbeitet werden. Diese Normen müssen ein für alle Mal Gültigkeit haben und ihre Erfüllung muss mit aller Strenge des Gesetzes durchgeführt werden. Mit Erlassen und Circularen, die zur Zeit einer Epidemie erfolgen, wird der Zweck nicht erreicht.

F. D.

— Während der ersten Woche der Choleraepidemie sind in St. Petersburg 3389 Schutzimpfungen ausgeführt worden.

— In der Kanzlei des Stadthauptmanns werden Geldspenden zur Bekämpfung der Cholera und zur Versorgung der armen Bevölkerung mit warmer Nahrung entgegengenommen. Am 7. Sept. wurde aus solchen Mitteln ein Speisehaus in der Kleinen Bolotnaja eröffnet, wo täglich für 400 Personen unentgeltlich Mittagessen verabfolgt wird.

— Mitteilung der Verwaltung des Obermedicinalinspectors. 1. Auf Verfügung der bulgarischen Regierung werden die Stadt Kiew und das Kiewsche Gouvernement, die Stadt Moskau und die Gouvernements Tiflis, Jaroslaw und Taurien für cholerainficiert erklärt und es wird ärztliche Besichtigung mit Desinfection des Gepäcks sowie 5-tägige Beobachtung am Wohnort für Reisende festgesetzt, welche aus denjenigen russischen Schwarzmeerhäfen ankommen, die noch nicht für cholerainficiert erklärt sind. — 2. Auf Verfügung der rumänischen Regierung werden auf Waaren und Passagiere, die aus Kiew, Feodosia und Cherson kommen, die Sanitätsmassregeln ausgedehnt, welche früher für Waaren und Passagiere festgesetzt waren, die aus cholerainficierten Gegenden Russlands kommen. — 3. Auf Verfügung der italienischen Regierung werden in Bezug auf Waaren, die aus den zwischen Batum und Odessa gelegenen Häfen kommen, sowie auf Waaren aus dem Asowschen Meer die für cholerainficierte Ortschaften festgesetzten Quarantänemassregeln angewandt. — 4. Auf Verfügung der holländischen Regierung ist St. Petersburg für cholerainficiert erklärt worden, mit Anwendung einer 7-tägigen Observationsfrist. — 5. Laut Beschluss des Sanitätsrats in Konstantinopel ist die Einfuhr von frischem Obst, Gemüse und Käse aus Russland verboten worden. Die aus Persien über Russland exportierten Teppiche werden in die Türkei nur nach Desinfection der Gepäckhüllen zugelassen und auch nur in dem Falle, wenn die Waarenballen mit dem Vermerk des betr. türkischen Consuls darüber versehen sind, dass an dem Ort der Absendung keine ansteckende oder infectiöse Krankheit herrscht, unter Beifügung des Amtssiegels.

— In Frankreich werden choleraverdächtige Reisende auf nicht mehr als fünf Tage isoliert, Reisende, die nicht isoliert worden sind, unterliegen fünf Tage lang in ihren Wohnungen einer ärztlichen Beaufsichtigung. Die Bagage wird desinfiziert. Die Einfuhr ungepresster Lumpen sowie von Früchten und über der Bodenfläche reifendem Gemüse ist verboten.

— Finnland. Aus dem Wiborger Hafen sind etwa zehn russische Schiffe, die sich nicht der medicinischen Besichtigung in Transund unterzogen hatten, zurückgeschickt worden. Die Dampferrouten zwischen Petersburg und Helsingfors sind auf eine Route wöchentlich beschränkt worden. Alle einlaufenden Schiffe, welche keinen Arzt an Bord haben, unterliegen der medicinischen Quarantäne.

— Verbreitung der Cholera in Russland (laut Angaben der «Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest):

		Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie		Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Starben
		30. Aug.—5. Sept.					
Gouv.	Astrachan	142	73	8.	Juli	1538	727
		29. Aug. —4. Sept.					
»	Ssaratow	97	69	8.	»	1088	637
»	Ssamara	131	75	16.	»	552	276
»	Ssimbirsk	26	3	18.	»	78	17
»	Nishnij-Nowgorod	76	30	24.	»	601	255
»	Kasan	41	16	23.	»	126	45
»	Kostroma	52	24	2.	Aug.	117	54
»	Jaroslaw	—	—	6.	»	62	33
»	Twer	1	1	10.	»	2	1
»	Perm	—	—	4.	»	33	12
»	Ufa	—	—	28.	Juli	6	5
»	Pensa	—	—	5.	Aug.	6	1
»	Wladimir	—	—	19.	»	5	4
»	Tula	—	—	19.	»	5	3
»	Orel	—	—	16.	»	8	5
»	Nowgorod	—	—	18.	»	1	—
»	Pskow	2	1	30.	»	2	1
»	Moskau	2	1	6.	»	7	4
»	Tambow	18	11	22.	»	22	13
»	Woronesh	—	—	14.	»	19	10
»	Charkow	2	2	26.	Juli	6	4
»	Poltawa	24	15	19.	Aug.	45	26
»	Kiew	88	22	12.	»	146	46
»	Smolensk	1	1	3.	Sept.	1	1
»	Tschernigow	1	—	23.	Aug.	3	1
»	Jekaterinoslaw	—	—	3.	»	91	34
»	Cherson	—	—	27.	»	3	1
Stadt	Odessa	8	4	3.	Sept.	8	4
»	Nikolajew	—	—	23.	Aug.	1	1
Gouv.	Taurien	2	2	14.	»	10	6

Stadthauptmannschaft Kertsch	16	9	13.	Aug.	40	22
Stadthauptmannschaft Rostow a. Don	148	75	19.	Juli	1030	459
Gebiet der Don-Kosaken	548	232	22.	»	1852	796
Dagestan-Gebiet	—	—	17.	Aug.	6	5
Stadthauptmannschaft Baku	36	18	25.	Juli	100	48
Kuban-Gebiet	160	90	26.	»	369	199
Terek-Gebiet	12	4	13.	Aug.	27	13
Gouv. Tiflis	61	27	8.	»	98	46
Ural-Gebiet	206	119	10.	»	513	280
Gouv. Stawropol	—	—	25.	»	1	1
Stadt Orenburg	3	3	26.	»	4	4
Gouv. Jenisseisk	3	2	12.	»	11	7
» Irkutsk	—	—	16.	»	—	1
Transkaspisches Gebiet	—	—	6.	»	—	2
Ssyr-Darja Gebiet	—	—	15.	»	39	22
Im Ganzen *)	1837	937			8678	4133

— Die Gesamtzahl der Kranken in den städtischen Hospitälern in der Woche vom 17—23. Aug. betrug 11060 (343 mehr als in der vergangenen Woche). Darunter Typhus abdomin. 881, Typhus exanthem. 7, Febris recurrens 102, Scharlach 134, Diphtherie 190, Masern 37, Variola 32, Crupöse Pneumonie 142, Tuberculose 410, Influenza 222, Erysipel 54, Keuchhusten 9, Lepra 1, Hautkrankheiten 68, Syphilis 471, venerische Krankheiten 454, acute Krankheiten (ausser den oben genannten) 1538, chronische Krankheiten 1509, chirurgische Krankheiten 1312, Geisteskrankheiten 3215, gynaekologische Erkrangungen 207, Krankheiten des Wochenbetts 65.

— Die Zahl der Erkrankungen an Infectionskrankheiten in St. Petersburg während derselben Woche betrug 362, (16 mehr als in der verg. Woche) und zwar Typhus abd. 165, Typhus exanth. 2, Febris recurr. 22, Variola 6, Varicellen 3, Masern 44, Scharlach 34, Diphtherie 60, andere Infectionskrankheiten 23.

— Die Zahl der Sterbefälle während derselben Woche betrug 701 + 33 Totgeborene + 41 in der verg. Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typhus abd. 35, Typhus exanth. 1, Febris recurr. 1, Pocken 2, Scharlach 13, Masern 13, Diphtherie 10, Keuchhusten 14, Crupöse Pneumonie 16, Katarrhal. Pneumonie 51, Erysipel 4, Influenza 4, Lungentuberculose 84, Tuberculose anderer Organe 16, Dysenterie 2, Magendarmerkrankungen 140, Pyaemie und Septikaemie 6, Puerperalfieber 2, Alcoholismus 9, Angeborene Schwäche 42, Marasmus senilis 32, andere Todesursachen 204.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den städtischen Hospitälern St. Petersb. während der Woche von 24—30. Aug. betrug 11277 (217 mehr als in der verg. Woche). Darunter Typhus abd. 886, Typh. exanth. 6, Febris recurrens 100, Cholera 163, Scharlach 141, Diphtherie 192, Masern 36, Pocken 22, Crupöse Pneumonie 135, Tuberculose 193, Influenza 216, Erysipel 49, Keuchhusten 18, Lepra 1, Hautkrankheiten 88, Syphilis 498, venerische Krankheiten 406, andere acute Krankheiten 1573, chronische Krankheiten 1529, chirurgische Krankheiten 1307, Geisteskrankheiten 3212, gynäcologische Erkrankungen 193, Krankheiten des Wochenbetts 63.

— Die Zahl der Erkrankungen an Infectionskrankheiten in St. Petersburg betrug während derselben Woche 464 (102 mehr als in der verg. Woche). Darunter Typh. abd. 129, Febr. recurrens 17, Cholera 67, Variola 5, Varicella 4, Scharlach 38, Masern 31, Diphtherie 50, acute Magen-Darmerkrankungen 101, andere Infectionskrankheiten 19.

— Die Zahl der Sterbefälle betrug während derselben Woche 874 + 38 Totgeborene + 38 in der vergangenen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 29, Febr. recurr. 4, Cholera 76, Scharlach 16, Masern 9, Diphtherie 15, Keuchhusten 8, Crupöse Lungenentzündung 20, Katarrhalische Lungenentzündung 68, Erysipel 5, Influenza 2, Dysenterie 2, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 31, Magen- und Darmkatarrh 96, andere Magen- und Darmerkrankungen 65, Pyaemie und Septicaemie 9, Puerperalfieber 2, Alcoholismus 9, angeborene Schwäche 44, Marasmus senilis 25.

— Die «Commission zur Ergreifung von Massregeln zur Verhütung und Bekämpfung der Pest» ist auf Kaiserlichen Befehl mit der Ergreifung von Massregeln gegen den Flecktyphus betraut worden».

— Im Regierungsanzeiger sind ausführliche Regeln zur Bekämpfung des Flecktyphus veröffentlicht (Nr. 195). Sie sind in 5 Abschnitte geteilt, in welchen 1) die Ermittelung der Kranken, 2) ihre Isolierung, 3) die Beaufsichtigung der Personen, welche mit Flecktyphuskranken in Berührung gekommen waren, 4) die Desinfection und 5) Massregeln gegen Flecktyphus in Gefängnissen behandelt werden.

*) Ausser St. Petersburg u. d. zugehörigen Gouvernement (s. oben).

— Im Laufe des Juli dieses Jahres wurden im Europäischen und Asiatischen Russland 6028772 Eimer Branntwein verkauft, um 278436 Eimer weniger als im Juli vorigen Jahres. Von 1. Januar bis zum 1. August d. J. wurden 46516281 Eimer Branntwein verkauft — um 321749 Eimer mehr als im Laufe desselben Zeitraums im vorigen Jahr. Die Einnahmen dafür betrugen im Juli d. J. 48983475 Rbl. — um 2175393 Rbl. weniger als im Laufe des Juli vor. J. Im Ganzen betrug aber die Einnahme der Regierung für den Branntweinverkauf vom 1. Jan. bis zum 1. Aug. d. J. 376778787 Rbl. — um 1570443 Rbl. mehr als im vergangenen Jahr während desselben Zeitraums. (Regierungsanzeiger).

— Lodz. Gegen die Kurpfuscherei, die in der grossen Fabrikstadt eine grosse Verbreitug gefunden haben soll, werden jetzt energische Massregeln ergriffen. Ein ärztlicher Ausschuss, der auf Veranlassung der Warschauer Medicinalbehörde und auf Verfügung der Polizei hier eingesetzt wurde, hat Nachforschungen in den sogenannten «Salons», wo die Behandlung mit Geheimmitteln florierte, vorgenommen, wobei, wie die «St. Petersburger Zeitung» berichtet, «grauenhafte Dinge zutage gefördert wurden». Dreizehn solcher Salons wurden geschlossen.

— Hochschulnachrichten. Der Kiewschen Universität ist laut Beschluss der Reichsduma und des Reichsrats eine Subvention von 19203 Rbl. und 20 Kop. (!) zur Einrichtung und Vervollkommnung des Anatomischen und histologischen Instituts zugewiesen worden. — Jurjew (Dorpat). In der Universität sind in diesem Semester 273 Studierende neu immatriculiert worden, davon entfallen 118 auf die medicinische Facultät, und der Rest verteilt sich auf die übrigen 4 Facultäten.

— Personalien. Der Oberarzt der 1. baltischen Flottenequipage, Staatsrat Dr. Kienast, ist zum Consultanten für Chirurgie am Petersburger Marinehospital und zugleich zum Oberarzt der 2. baltischen Flottenequipage ernannt worden.

Der an den Schulen der kaiserlichen weiblichen Patriotischen Gesellschaft angestellte Augenarzt, Staatsrat Dr. Andogsky, Prof. ord. am hiesigen weiblichen medicinischen Institut und consultierender Arzt an den Lehranstalten der Institutionen der Kaiserin Maria ist auf eigenes Ersuchen von der ersten Stellung enthoben worden.

Dr. Julian Talko-Gryncevicz, Bezirksarzt in Troizkossawsk ist dem Correspondenzbureau zufolge zum ausserordentlichen Professor der Anthropologie an der Universität Krakau ernannt worden (St. Petersb. Zeitung, 6. Sept.).

— Triest, 19. (6.) September. Auf dem am 21. August aus Bombay eingetroffenen Dampfer «Franz Ferdinand» erkrankte am 18. September der Steuermann Spousa unter pestverdächtigen Symptomen und starb an demselben Tage im Hospital für Infektionskrankheiten. Gleichzeitig erkrankte ein Matrose unter ähnlichen Anzeichen. Die bakteriologische Untersuchung stellte in beiden Fällen Bubonenpest fest. Der Dampfer ist in den Lazaretthafen übergeführt worden.

— Gestorben: 1) In St. Petersburg am 28. Aug. der Oberarz des Stadthospitals der Hlg. Maria-Magdalena Nicolai Tschernjajew, geb. 1851, Arzt seit 1876. 2) Pawel Beresnikow, geb. 1837, Arzt seit 1860. 3) In Dombrowo Josef Ordylowsky, geb. 1855, Arzt seit 1879. (Russ. Wratsch). 4) In Wiesbaden San.-Rat Dr. B. Florschütz, 70 Jahre alt. Er hatte sich durch archäologische und palaeontologische Studien einen Namen gemacht.

F. D.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 16. Sept. 1908.

Tagesordnung: A. Feldt: Fibrom der Nasenhöhle. (Demonstration).

Lingen: Ueber Hyperemesis gravidarum.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22. Sept. 1908.

Tagesordnung: A. Ucke: Ueber Fettfärbung.







PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gescn. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) —61.



Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kaliformische Feigen-Syrup

„CALIFIG"

(Name gesetzlich geschützt)

welcher, dank seiner Unschädlichkeit, seiner zarten und schnellen Wirkung von den Aerzten gern auch in der Frauen- und Kinderpraxis verordnet wird als angenehmes Abführmittel. (28) 0—10.

Die Gebrauchsanweisung ist jeder Flasche beigegeben.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herren Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau. . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau. . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.



Abführungs - Pillen

ARA

wirken **zart, schmerzlos** und werden mit gutem Erfolg bei Störungen der Verdauungsorgane angewandt. (73) 0—7.

Schachtel 95 Kop.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung **ganz umsonst versandt.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Dieser № liegt ein Prospekt über «**Sanguinal, Krewel & Co.**» bei.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechst. Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 38 St. Petersburg, den 20. September (3. October). 1908.

Statistisches über die Lepra in Kurland.

Von

Dr. med. A. Raphael, Mitau.

Vortrag, gehalten auf dem I. Kurländischen Aerztetage zu Mitau.

Meine Herren! Gestützt auf das reiche, in unserer Medicinalverwaltung aufgehäufte Material, will ich versuchen, Ihnen ein Bild zu entrollen von dem Gange jener Krankheit, deren Bekämpfung durch unsere kurischen Lepravereine Ihnen College Sadikoff geschildert hat. Nicht auf eigener Erfahrung fussend (habe ich doch nur fünf Monate in meiner Kreisarztzeit in Bauske das dortige Leprosorium geleitet), nur aus dem schöpfend, was mir unser Medicinalarchiv bot, will ich mir erlauben, Ihnen einige statistische Daten in der Leprafrage zu bringen, sind uns doch unsere Schwesterprovinzen in Bezug auf die statistische Verarbeitung der Lepradaten weit voraus. Was ich Ihnen heute bieten kann, ist nicht eine schon abgeschlossene Arbeit, sondern nur der Anfang zu derselben. Ich halte es aber trotzdem für meine Pflicht, Ihnen die bis jetzt gewonnenen Resultate vor Augen zu führen, weil meine Zahlen die Ausführungen meines Herrn Vorredners ergänzen und das Bild, das wir von dem augenblicklichen Stande der Lepra in Kurland haben, vervollständigen. Die Literatur über Lepra, speciell Kurland betreffend, ist keine sehr umfangreiche. Die älteste Arbeit über dieselbe, die mir zugänglich war, stammt von Bolschwing [1]) (Arzt zu Dondangen), weiter berichtet Otto [2]) über einen Fall aus Bauske, Krannhals [3]) desgleichen über einen aus Tuckum, Wellberg [4]) über 2 Fälle (Tuckum und Talsen). Paulson [5]) führt Fälle aus Tuckum, Schmarden und Eckenhof in Kurland an. Chomse [6]) giebt genaue Krankengeschichten von 30 in Kurland beobachteten Leprösen. Hellat [7]) berichtet über 48 Fälle aus Kurland, fügt seiner Arbeit zugleich eine Karte bei. Nimmt man dann noch die Arbeit des früheren Medicinalinspectors von Kurland Woicechowski [8]), der über 63 in der Medicinalverwaltung registrierte Fälle statistische Daten liefert, und die kleine Broschüre von H. Meyer [9]), der über den Zweck der Lepravereine in Kurland Auskunft giebt, so ist damit die Reihe der einschlägigen Literatur so ziemlich erschöpft.

1886 macht der Talsensche Kreisarzt Strauss auf die Zunahme der Lepra in Kurland aufmerksam. Nen-

[1]) Th. v. Bolschwing. Ueber Syphilis und Aussatz, Dorpat 1839.

[2]) Dorpater med. Zeitschrift Bl. I p. 81 (cit. nach Chomse).

[3]) St. Petersburger med. W. Nr. 21, 1837 (cit. nach Chomse).

[4]) Wellberg. Klinische Beiträge zur Kenntnis der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands. Dorpat. 1884.

[5]) Friedrich Paulson. Ein Beitrag zur Kenntnis der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands, Dorpat 1886.

[6]) Ein Beitrag zur Casuistik der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands, speciell Kurlands, Mitau 1887.

[7]) P. Hellat. Eine Studie über die Lepra in den Ostseeprovinzen. Dorpat. 1887.

[8]) А. И. Войцѣховскій. Къ вопросу о призрѣніи прокаженныхъ въ Курляндской губерніи. Курл. Губ. Вѣд. № 82, 1889.

[9]) H. Meyer. Ueber die Lepra und die zur Einschränkung derselben geplanten Einrichtungen seitens der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Kurland. Riga. 1893.

nenswertere Aufzeichnungen finden sich im Archiv der kurländischen Medicinalverwaltung erst seit dem Jahre 1887, doch fliessen auch hier die Nachrichten spärlich. Aus dem Tuckumschen Kreise werden 5 Fälle mitgeteilt. Aus dem Doblenschen Kreise 1888 einer, dann aus dem Tuckumschen auch einer. Dabei gab es nach den Nachrichten der Medicinalverwaltung in Kurland 1886 -- 40, 1887 — 57, 1888 — 41 Leprakranke. Wir sehen, Zahlen, die wohl bestimmt hinter der Wirklichkeit zurückbleiben, doch aber die Aufmerksamkeit der Aerzte sowohl wie der Gouvernementsobrigkeit auf die immer brennender werdende Frage, wie man sich vor der Zunahme dieser Seuche schützen soll, lenkten. Die ganze Sache war noch nicht organisiert, über den Umfang, den die Seuche angenommen hatte, die Medicinalverwaltung noch im Unklaren. Um dem unbekannten Feinde das Visier etwas zu lüften, wird am 21. April 1889 dem Gehilfen des Medicinalinspectors, Dr. Korwin-Korotkewitsch aufgetragen, sich in den Windauschen Kreis zur Localinspection zu begeben. Die zusammen mit Dr. Meier-Popen und Waldhauer-Windau am 15. Mai vorgenommene Untersuchung von 8 Leprakranken aus dem Popenschen und Pusenecken-schen Gebiet ergab unzweifelhaft Lepra. Die Commisssion, die in einzelnen Fällen eine directe Infection einer Person durch die andere nachweisen konnte, gab ihr Gutachten dahin ab, dass es eine ansteckende Krankheit sei und demgemäss gegen Kranke dieser Art folgendermassen vorzugehen sei: 1) sie dürfen nicht in gewöhnlichen Krankenhäusern aufgenommen werden; 2) sie müssen isoliert werden; 3) jeder Arzt hat die Anzeigepflicht über jeden Fall von Lepra; 4) Arme sind auf Kosten der Gemeinde zu verpflegen und 5) es sind besondere Leprosorien, womöglich in jedem Kreise, einzurichten. Wie die Gründung dieser Leprosorien vor sich gegangen ist, wie sich weiterhin ihre Wirksamkeit gestaltet hat, das hat Ihnen mein Herr Vorredner auseinandergesetzt. Unbekannt dürfte es Ihnen vielleicht sein, dass zunächst die Gründung eines Leprosoriums am Windauschen Strande proponiert wurde. Es geht ein reger Schriftwechsel in dieser Frage zwischen der Domänen- und der Medicinalverwaltung hin und her. Letztere fordert 15 Dessjatinen, erstere findet 10 Dessjatinen hinreichend. Nachdem die Frage den ganzen Instanzenweg durchlaufen hat, kommt zum Schluss der Bescheid, das Windausche Landstück sei mit vorzüglichem Walde bedeckt, die Krone sei infolge des Waldschutzgesetzes daher nicht in der Lage, das erwähnte Stück abzutreten. Nun proponiert die Krone ihrerreits eine Insel (Moritzholm) im Usmaitenschen See, auf der Grenze des Talsenschen und Windauschen Kreises, weist auf die isolierte, dabei doch erreichbare Lage zwischen beiden Kreisen hin, sowie darauf, dass der Usmaitensche See als einer der kurischen Freiseen den Kranken durch die Möglichkeit des Fischfanges Beschäftigung und Unterhalt bieten könne, das Land auch ackerfähig sei. Da es sich aber herausstellt, dass die Insel mehrere Wochen im Jahre (Frühjahr und Herbst) von allem Verkehr abgeschnitten ist, der Arzt somit nicht dorthin gelangen könne, was bei der Entfernung bis zum nächsten Wohnort eines Arztes überhaupt mit Schwierigkeiten verknüpft ist, wird auch dieser Plan fallen gelassen und endlich nach weiteren langwierigen Bemühungen das Leprosorium zu Talsen gegründet. (Der in der Nähe Talsens gelegene zum Bau eines Leprosoriums projectierte Ort, hatte an Postenden ein Servitut zu liefern, welches erst nach allen Regeln der Kunst abgelöst werden musste, worauf dann erst die Gründung des Leprosoriums erfolgen konnte). Um die Zahl der Leprösen im Gouvernement möglichst genau festzustellen, wird den Polizeimeistern und Kreischefs aufgetragen, über die in ihrem Kreise, resp. in den Städten befindlichen Kranken zu berichten. Es liegt in der Natur der Sache, dass diese Berichte nicht an einem Uebermass von Genauigkeit litten, nichtsdestoweniger liess sich aus den von den Aerzten und den erwähnten Beamten zusammengestellten Listen doch mit Deutlichkeit erkennen, dass die Krankheit im Geheimen gewaltige Fortschritte gemacht hatte. Es wurden nun die Ihnen bekannten Formulare zur Registrierung der Leprösen eingeführt, und auf Grund dieser Formulare habe ich dann meine statistischen Zahlen aufgestellt, die ich Ihnen heute vorführen möchte. Es handelt sich um 545 Lepröse, die bei uns in der Medicinalverwaltung genauer registriert sind, über viele andere habe ich zur Zeit keine Nachrichten vorfinden können und muss es der Zukunft anheimstellen, sie zu vervollständigen. Betrachten wir zunächst die Kurve über das Erkrankungsjahr der Leprösen, so finden wir von den 70-er Jahren an ein Ansteigen der Erkrankungsfälle. Im Jahre 1892 wird mit 38 Fällen das Maximum erreicht. Es erfolgt dann Mitte der 90-er Jahre ein Abfall, welchem Ende der 90-er wieder ein Anstieg folgt. Seit jener Zeit sehen wir dann ein deutliches Sinken eintreten, das bis zum Jahre 1906 dauert. Ich bin nun überzeugt, dass erstens weit mehr Menschen an Lepra erkrankt sind, als es meine Statistik angiebt, ebenso bin ich überzeugt, dass die Angaben der Kranken selbst über das Jahr ihrer Erkrankung unsicher sind, nichtsdestoweniger dürften die relativen Zahlen stimmen, und die Kurve, die Sie vor sich sehen, Ihnen ein relativ treues Bild vom Gange der Lepra in Kurland bieten. Auf die Kurve bis zum Jahre 1888 möchte ich gar keinen Wert legen, weil die Registrierung der Kranken eine durchaus mangelhafte war. Erst am Anfang der 90 er Jahre beginnt eine methodische Registrierung, die sicherere Schlüsse zu ziehen gestattet.

Tabellarische Uebersicht der Erkrankungsfälle für die einzelnen Jahre. Es erkrankten:

im Jahre		Männer	Frauen	im Jahre		Männer	Frauen
1852	=	—	1	1888	=	14	15
1862	=	1	—	1889	=	17	28
1869	=	1	1	1890	=	15	7
1871	=	—	1	1891	=	14	14
1872	=	—	1	1892	=	17	21
1873	=	—	1	1893	=	11	17
1874	=	1	2	1894	=	9	8
1875	=	—	1	1895	=	9	7
1876	=	1	3	1896	=	19	8
1877	=	1	2	1897	=	11	22
1878	=	—	4	1898	=	17	12
1879	=	5	5	1899	=	13	9
1880	=	2	4	1900	=	9	8
1881	=	6	2	1901	=	8	8
1882	=	5	6	1902	=	12	2
1883	=	4	7	1903	=	4	9
1884	=	9	2	1904	=	4	6
1885	=	7	11	1905	=	5	6
1886	=	8	9	1906	=	2	1
1887	=	9	13	1907	=	4	4

Es scheint somit, als ob die Lepra bei uns in Abnahme begriffen ist. Ob die Steigerung 1907 (8 Fälle) Zufall ist, oder nicht, lässt sich nicht sagen, doch wäre es wohl möglich, dass das Jahr 1905 durch die mehr mangelnde Aufsicht über die Leprösen und ihre grössere Freizügigkeit eine grössere Zahl von Infektionen gesetzt hat, wie wir es ja mit der Lues und mit acuten Infectionskrankheiten im erwähnten Jahre zu beobachten Gelegenheit hatten. Ein Gesetz lässt sich aus der Kurve

noch nicht mit Sicherheit ableiten, denn wie Lassar[10]) in seiner Lepraarbeit ganz richtig bemerkt: „Grosse, von den Mitlebenden nicht immer übersehbare Zeiträume gehören dazu, um das Anwachsen oder auch das Ausrotten der Epidemie zu bewirken“.

Von den 545 Leprösen, über welche ich genauere, verwendbare Daten erlangen konnte, waren Männer = 274, Frauen = 271, also fast der gleiche Prozentsatz. Verheiratet waren 171 Männer und 192 Frauen, ledig 96 Männer und 86 Frauen. Es sind im Verhältnis dieselben Zahlen, wie sie Woicechowski in seiner erwähnten Arbeit giebt.

Werfen wir nun einen Blick auf die Karte, die ihnen die Verteilung der Leprakranken in Kurland vor die Augen führen soll. Zur Erklärung derselben muss ich Folgendes vorausschicken. Was Sie mit einem Kreuz bezeichnet sehen, sind Wohnsitze von Kranken, die entweder gestorben sind oder Kurland verlassen haben, die jedenfalls in der heutigen Liste der Leprakranken nicht vorhanden sind. Die mit einem hellen Kreis versehenen Stellen sollen die Wohnorte derjenigen Leprösen kennzeichnen, die augenblicklich leben und sich in Leprosorien befinden; die mit einem schwarzen Kreis bezeichneten Stellen geben die Gemeinden an, in denen augenblicklich ausserhalb der Leprosorien Kranke verpflegt werden. Die Gesammtanzahl aller Kreuze beträgt 140, d. h. es sind in Kurland in 140 Gemeinden früher Leprafälle beobachtet worden; die Zahl der Wohnorte der Leprösen ist ja bedeutend grösser, was Sie, wenn man jedes Gesinde in der Gemeinde hinzeichnen könnte, auf der Karte bemerken würden; dazu reicht der Massstab derselben nicht aus. Die Kreuze bedeuten also Gemeinden, in denen früher Leprafälle vorgekommen sind. Sehen Sie sich nun das Verhältnis der einzelnen Zeichen zu einander an, so bemerken Sie, dass die Kreuze im Verhältnis zu den hellen Kreisen bedeutend zahlreicher vorhanden sind und zwar giebt es, wie erwähnt, 140 Gemeinden, in denen früher Lepra-Fälle beobachtet worden sind, während augenblicklich nur in 60 Gemeinden Lepröse zu verzeichnen sind. Von diesen 60 Gemeinden haben sich alle, bis auf 21 ihrer Kranken durch Abfertigung in die Leprosorien entledigt. Wohl durch nichts lässt sich die segensreiche Tätigkeit unserer Lepravereine besser illustrieren, als durch diese Zahlen. Die Gesammtheit der augenblicklich registrierten Leprösen beträgt 176, von denen 140 in Leprosorien leben, der Rest ausserhalb derselben. Nach ihrem Wohnort geordnet stammen:

Aus	dem	Bauskeschen	Kreise	7
„	„	Mitauschen	„	9
„	„	Grobinschen	„	12
„	„	Illuxtschen	„	8
„	„	Friedrichstädtschen	„	1
„	„	Windauschen	„	44
„	„	Hasenpothschen	„	3
„	„	Talsenschen	„	60
„	„	Tuckumschen	„	30
„	„	Goldingenschen	„	3
„	„	Gouv. Kowno		4

Meine Herren, es ist das ein Verhältnis, wie es Livland nicht aufweist; von den 862 in Livland lebenden Leprösen, über welche Erasmus[11]) berichtet, befinden sich nur 189 in Leprosorien.

Was die Verteilung der ungünstigen Punkte nach Kreisen betrifft, so stellt sich dieselbe folgendermassen: der Illuxtsche Kreis ist mit Ausnahme eines einzigen Falles fast frei von Lepra, der Friedrichstädtsche ganz frei. Bauske hatte früher 12 ungünstige Gemeinden, heute giebt es deren nur 6, die Kranken dieses Kreises befinden sich sämmtlich im Leprosorium. Der Mitau-Bauskesche Kreis bot die Zahl von 23 inficierten Punkten, heute giebt es deren nur 8, von denen wieder nur 2 im Kreise selbst leben. Im Tuckumschen Kreise ist besonders die nördliche und südliche Partie besetzt, während die Mitte frei bleibt, es gab dort 17 Punkte, heute deren nur 8, von denen einer im Kreise selbst isoliert ist. Im Talsenschen Kreise ist auch die Nordseite mehr besetzt (Erwahlen, Sassmaken). Es gab früher 26, jetzt 18 ungünstige Punkte. In 7 Punkten werden Lepröse ausserhalb des Leprosoriums verpflegt. Goldingen hatte früher 5, jetzt nur 3 inficierte Gemeinden. Windau früher 16, jetzt 7. An sechs Stellen giebt es Kranke im Kreise selbst. Hasenpoth hatte früher 6, heute nur noch 2 ungünstige Punkte. Grobin früher 12, heute 5 und 5 Gemeinden, in denen Lepröse ausserhalb der Leprosorien verpflegt werden. Im Allgemeinen bemerken wir, dass es mit Ausnahme von 13 Stellen (Bächhof, Essern, Kursieten, Pumin, Postenden, Wirben, Adsern, Selgerben, Irmlau, Annenburg, Bauske, Grünwald und Skrundalini und Swenten (Illuxt) sich heutzutage Lepröse an den Orten finden, wo sie auch früher zu finden waren. Aus diesen Orten saugt die Seuche neue Nahrung und inficiert auch fremde Stellen, glaubt man doch sogar, die Insel Oesel habe einen Teil ihrer Leprakranken uns zu verdanken[12]) und ging doch noch im vorigen Jahre die Nachricht durch die Zeitungen, dass in New-York zwei Lepröse aus dem Talsenschen Kreise angehalten und dem dortigen Lepraasyl überwiesen seien.

Ueber die Incubationszeit der Lepra aus dem mir zu Gebote stehenden Material Schlüsse zu ziehen, hat seine grossen Schwierigkeiten, da auch hier die Angaben der Kranken recht unzuverlässig sind. Es lässt sich kaum in dem 20. Teil der Fälle feststellen, wann sie zuerst mit Leprösen in Berührung gekommen sind. Bald sind es 15 Jahre her, bald nur ein Jahr. Immerhin lässt sich in 25% aller Fälle feststellen, dass eine Berührung überhaupt stattgefunden hat. Auch ganze Generationen von Leprösen lassen sich nachweisen, womit aber durchaus nicht eine Erblichkeit der Lepra behauptet werden soll. Ich möchte mich hier auf denselben Standpunkt stellen, den mein hochverehrter Lehrer Prof. Dehio in Dorpat in seiner Arbeit: „Der Aussatz einst und jetzt“ mit den Worten präzisiert: „Die Lepra ist nicht eine Krankheit der Familie, sondern eine Krankheit der Hausgenossenschaft und des engen Verkehrs“, ein Standpunkt, den auch Lohk (Epidemiologische Untersuchungen über die Lepra und den ätiologischen Zusammenhang ihrer Einzelerkrankungen. Archiv f. Derm. und Syph. Bd. XV, H. 2 u. 3) vertritt. Sehen wir uns das Lebensalter an, in welchem bei den Kranken die ersten Anzeichen der Seuche auftraten, so ergeben sich folgende Zahlen (zum Vergleich setze ich die Zahlen anderer Beobachter neben meine).

Es erkrankten nach:

		Bergmann[13]) Wachsmut	Wellberg	Paulson	Chomse	Hellat	Lohk	Raphael	Summa
im 1—10	Jahre	1	8	—	—	16	3	24	47
„ 11—20	„	7	3	4	6	44	14	67	145
„ 21—30	„	6	10	12	9	58	11	122	228
„ 31—40	„	4	7	2	2	36	9	73	133
„ 41—50	„	3	1	10	6	29	13	94	156
„ 51—60	„	1	—	3	3	20	11	84	122
„ 61—70	„	1	—	3	4	6	—	54	68
„ 71—80	„	—	—	—	—	1	—	16	17

[10]) O. Lassar. Berlin. Lepra. Die Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts. Bd. X, 2, p. 193.

[11]) Др. Эрнстъ ф. Эрасмусъ. Статистическія свѣдѣнія о прокаженныхъ въ Лифляндской губ. Рига. 1900 и 1903.

[12]) Archiv der Kurl. Medicinalverwaltung.

Zwischen dem 20. und 30. Jahre liegt die höchste Ziffer der Erkrankungen. Beim jüngsten Kranken brach die Krankheit im 2. Lebensjahre aus, beim ältesten im 80. Jahre, wir sehen also: kein Alter wird verschont. Fragen wir nun nach der Dauer der ganzen Krankheit, so geben meine Ziffern folgende Antwort:

Der Tod erfolgte	Jahr nach dem Ausbruch in	Fällen
Der Tod erfolgte	1	4
„ „ „	2	1
„ „ „	3	10
„ „ „	4	7
„ „ „	5	8
„ „ „	6	9
„ „ „	7	10
„ „ „	8	12
„ „ „	9	11
„ „ „	10	15
„ „ „	11	10
„ „ „	12	12
„ „ „	13	4
„ „ „	14	5
„ „ „	15	2
„ „ „	16	6
„ „ „	17	5
„ „ „	20	3
„ „ „	21	1
„ „ „	24	1
„ „ „	28	1
„ „ „	48	1

Als Durchschnitt würde sich für die Leprakranken in Kurland nach meiner Statistik eine Krankheitsdauer von 9,4 Jahren ergeben. Hellat (l. c.) giebt für die tuberöse Form eine Dauer von 10—12 Jahren, für die anästhetische eine von 20—25 Jahren an [14]). Die Zahlen für die Dauer der Erkrankung lauten:

	bei Woicechowski	bei Lohk
1—5 Jahre	29 (11 Frauen)	—
10 „	20 (9 „)	10
20 „	7 (5 „)	6
30 „	1 —	2
40 „	— —	1

In den Berichten über Sterbefälle von Leprösen finde ich leider keinmal angegeben, ob sie an den Folgen der Lepra oder an einer intercurrenten Erkrankung gestorben sind. Ob bei der Angabe, dass eine Lepröse 48 Jahr an dieser Krankheit gelitten hat, ein Fehler in der Angabe untergelaufen ist, vermag ich nicht zu entscheiden. Ihrer Nationalität nach sind die meisten unserer Kranken naturgemäss Letten, dann Juden, Littauer, Deutsche und ein Live. Was ihre Beschäftigung anlangt, so finden wir in ungefähr 90% alle Fälle Ackerbau angegeben, in ca. 2% Fischfang, die übrigen verteilen sich auf andere Professionen. Da finden wir denn Krüger, Hausierer, Kindermädchen, Hebammen, einen Lehrer, kurz, solche Berufe, die sie täglich und stündlich mit anderen Personen in Berührung gebracht haben. Bei der oft schwer zu stellenden Diagnose sind solche Kranke oft jahrelang unter Gesunden einhergegangen und haben so, ohne es zu wissen und zu wollen, die Ansteckung verbreitet. Der Lehrer hat, schon erkrankt, wenigstens ein Jahrzehnt lang Kinder unterrichtet und zugleich seine Schwiegermutter, die auch an dieser Krankheit litt, bei sich beherbergt. Eine Kranke hat jahrelang als Köchin bei einem Arzt gedient, ohne dass derselbe eine Ahnung von ihrer Krankheit hatte. Die Diagnose stösst ja dazwischen auf grosse Schwierigkeiten, besonders in den Fällen, wo der Bacillennachweis nicht gelingt. Haben doch 5 Collegen einstimmig einen Fall für Morb. Raynaud erklärt und doch befindet sich der Kranke jetzt in einem Leprosorium, und in dem Krankenbogen fand sich die Bemerkung, dass einer seiner nächsten Anverwandten an Lepra gelitten habe. So mögen auch Fälle von Syringomyelie unter der Flagge „Aussatz“ segeln. Wiederholt finde ich in den Acten der Med. Verwaltung die Bemerkung, dass ein von einem Arzt für leprös Erklärter vom Anstaltsarzt für gesund erklärt wird. Es ist eben noch Vieles nicht geklärt auf dem Gebiet der Lepradiagnose. Sticker [15]) (Giessen) hält die Nase für die Eingangspforte für Lepra und behauptet, man könne auch in fast jedem Falle in derselben Leprabacillen finden. In einem unserer Fälle giebt der Kranke an, dass nach dem Biss eines Hundes in der Umgebung der Narbe die ersten Krankheitserscheinungen aufgetreten seien; ein anderer führt seine Erkrankung auf den Biss einer Fliege zurück. In jedem Falle bildet wohl ein Trauma die Eingangspforte. Ob nun der Hund, resp. die Fliege als Giftüberträger eine Rolle gespielt haben, ist schwer zu sagen, lässt sich aber nicht von der Hand weisen. — Dass die Lepra in Kurland augenblicklich vorzugsweise durch die alten Herde unterhalten wird und sich von dort her immer neue Nahrung holt, habe ich schon erwähnt, ausser dieser Hauptquelle kämen dann noch aus den Nachbargouvernements Livland und Kowno hierher verpflanzte Fälle in Betracht und in letzter Linie die Kranken, die sich während der Ableistung ihrer Militärpflicht inficiert. Es wird daher auch unsere Hauptsorge sein müssen, die Lepra bei uns selbst in ihren eigenen Schlupfwinkeln zu vernichten. Dass wir auf dem richtigen Wege mit der Einrichtung der Leprosorien sind, beweisen die Erfahrungen in alter Zeit und genaue statistische Angaben aus neuer Zeit. In Norwegen gab es 1856 mehr als 2700 Lepröse, eine Zahl, die wie Lasser meint, eher zu niedrig als zu hoch gegriffen ist. Um ein weiteres Anwachsen zu verhüten, werden durch ein besonderes Lepragesetz alle Kranken nach Möglichkeit in Leprosorien evacuiert; die ausserhalb derselben befindlichen müssen sich einer besonderen Controlle unterziehen. 1860 gab es nach genauer Zählung in Norwegen 2790 Lepröse, 1890 nur noch 954, von denen sich mehr als die Hälfte in Leprosorien befand. Dieses ein positiver Beweis für die Zweckmässigkeit der Leprosorien, einen negativen liefert uns Island, wo 1848 alle Lepraheime geschlossen und die wenigen übriggebliebenen Leprösen in Bauernhöfe verteilt wurden. Der Erfolg war der, dass nach einer Reihe von Jahren die Seuche wieder mächtig anwuchs [16]). Deutschland, das ja in hygienischer Beziehung an erster Stelle steht, hat für seine Leprakranken ein besonderes Reglement [17]) ausgearbeitet, welches fordert, dass Aussätzige in einem besonderen Raume wohnen, besondere Gebrauchsgegenstände besitzen sollen, der Besuch öffentlicher Badeanstalten, Barbierstuben und Schulen ist ihnen untersagt, ebenso wie der von Wirtschaften und Theatern. Droschken und Strassenbahnwagen dürfen nicht benutzt werden. Bildet ein Aussätziger durch seine besondere Krankheitsform eine Gefahr für seine Umgebung, so wird ihm der Verkehr an öffentlichen Plätzen untersagt. Jede Beschäftigung, die die Ansteckung verbreiten könnte, ist ihnen verboten. Zum Schluss heisst es: „Weitere über diese Bestimmungen hinausgehende Beschränkungen können Aussätzigen und Krankheitsverdächtigen nur auferlegt werden, sofern der beamtete

[13]) citiert nach Wellberg.

[14]) In Kurland scheint die tuberöse Form zu überwiegen, doch bin ich bei der Ungenauigkeit der Angaben nicht im Stande, schon heute statistische Zahlen über die eine oder andere Form zu bringen.

[15]) citirt nach Lassar. Lepra (l. c.).

[16]) cf. Lassar. Lepra (l. c.).

[17]) Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung: Festschrift zum XIV. intern. Congr. f. Hygiene und Demographie in Berlin 1907. p. 82 u. ff.

Tafel I zu „Statistisches über die Lepra in Kurland" von Dr. A. Raphael. St. Pet. med. Wochenschr. 1908, № 38.

Die Lepra in Kurland.

Alter bei der Erkrankung

Männer — Frauen

Anzahl der Fälle: 1, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80

1-10 Jahre · 11-20 " " · 21-30 " " · 31-40 " " · 41-50 " " · 51-60 " " · 61-70 " " · 71-80 " "

Krankheitsdauer

Frauen — Gesammtzahl — Männer

Es starben nach:

Anzahl der Fälle: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

1 Jahr · 2 J. · 3 J. · 4 J. · 5 J. · 6 J. · 7 J. · 8 J. · 9 J. · 10 J. · 11 J. · 12 J. · 13 J. · 14 J. · 15 J. · 16 J. · 17 J. · 18 J. · 19 J. · 20 J. · 21 J. · 48 J.

Tafel II zu "Statistisches über die Lepra in Kurland" von Dr. A. Raphael. St. Pet. med. Wochenschr. 1903, № 38.

Die
Verbreitung
der

LEPRA

in

Arzt dies für zulässig erachtet". Ansteckungsverdächtige Personen sind einer Beobachtung zu unterziehen, welche nicht länger als fünf Jahre, gerechnet vom Tage der letzten Ansteckungsgelegenheit dauern soll. Die Beobachtung hat darin zu bestehen, dass der beamtete Arzt von Zeit zu Zeit (in der Regel alle 6 Monate) in schonender Form, nötigenfalls durch Untersuchung den Gesundheitszustand der betreffenden Personen feststellt. Wir sehen, eine Zwangsüberweisung in ein Leprosorium findet sich auch im deutschen Gesetz nicht ausgesprochen. Die Inkubationszeit wird auch hier im Maximum mit fünf Jahren beziffert. Im Deutschen Reich gab es:

1898	— 32	Lepröse
1899	— 33	„
1900	— 32	„
1901	— 37	„
1902	— 32	„
1903	— 25	„
1904	— 23	„
1905	— 26	„
1906	— 29	„

In Memel besteht seit 1899 ein Leprosorium, welches zu dauernder Aufnahme von 16 Leprösen dient. Vor der Einrichtung desselben bereiste eine Commission, bestehend aus den Herren Prof. Kirchner, Dr. Kübler und Urbanowiletz, unsere baltischen Provinzen, um sich die dort bestehenden Leprosorien anzusehen[18]. Nach dem Muster derselben (vorzugsweise des Wendenschen bei Birkenruhe) ist dann das Memeler erbaut worden. Da in Deutschland die Zahl der an der Lepra erkrankten Frauen grösser ist, als die der Männer, so musste ein Teil derselben in der Männerabteilung untergebracht werden. Dreimal wöchentlich besucht der Arzt die Anstalt. Ganz wie bei uns haben sich die Kranken als in mancher Hinsicht schwer zu behandelnd erwiesen. Wir lesen darüber (l. c. p. 258) „ziemlich schwierig gestaltet sich die Durchführung der Hausordnung, da die Kranken sich, wie schon erwähnt, zum Teil nur unwillig den Anordnungen fügen und Strafen ihnen gegenüber nicht durchführbar sind. Die härteste Strafe, die Ausschliessung aus der Anstalt, kann nicht in Frage kommen, da damit der Zweck der Anstalt, die Kranken abzusondern, illusorisch würde. Glücklicherweise ist es bisher nur ausnahmsweise zu ernsteren Störungen der Hausordnung gekommen". Bei uns erweisen sich die Kranken, die aus dem Umstande, dass man sie meidet, häufig Münze zu schlagen suchen, trotz der in jeder Hinsicht guten Verpflegung oft als sehr renitent und suchen die Hausordnung nach Möglichkeit zu umgehen, ja, es ist sogar vor einigen Jahren (1897) ein Ueberfall seitens mehrerer Kranker auf einen Anstaltsarzt vorgekommen[19]. Die Unterhaltskosten betragen in Memel für jeden Kranken durchschnittlich 1239 Mark jährlich, also bedeutend mehr als bei uns. Die Mehrzahl der Kranken gehört auch in Deutschland den ärmeren Klassen der Bevölkerung an und wird auf Staatskosten erhalten.

Geht nun aus meiner Statistik hervor, dass die Lepra bei uns in Kurland scheinbar abnimmt, so ist dieses doch vielleicht eben nur scheinbar, in jedem Falle ist sie stark zurückgedämmt. Für keine Krankheit gilt mehr der Satz: si vis pacem, para bellum, als für die Lepra, und der Angriff ist auch hier die beste Abwehr. Wir müssen den Feind in seiner eigenen Behausung aufsuchen und nicht warten, bis er uns auf den Leib rückt. Zu diesem Zwecke werde ich ein genaues Verzeichnis (soweit ich es aus unserem Material in der Medicinalverwaltung gewinnen kann) sämmtlicher Gesinde, Höfe, Flecken und Städte in jedem Kreise, in denen augenblicklich Lepra herrscht oder früher geherrscht hat, anfertigen, den in Kurland praktisierenden Collegen zustellen und dieselben dadurch in den Stand setzen, zu entscheiden, ob es sich um einen alten oder neuen Herd handelt, aus dem ihnen eventuell ein Leprakranker sich präsentiert.

Was ich Ihnen heute über den augenblicklichen Stand der Lepra in Kurland habe berichten können, ist lückenhaft und unvollständig. Es ist gegründete Aussicht vorhanden, dass die Mittel zu einer grösseren Lepraenquête in Kurland bewilligt werden. Eine solche hat aber nur auf wirklichen Erfolg zu rechnen, wenn die Unterstützung seitens der Aerzte eine möglichst grosse ist. Ich schliesse daher mit der Bitte an alle Collegen, mir über jeden Leprafall möglichst genaue Nachrichten zukommen zu lassen.

---

[18]) Kirchner und Angente. Das königliche Lepraheim in Memel. Medic. Anstalten auf dem Gebiete d. Volksgesundheitspflege in Preussen. Festschrift z. XIV. Intern. Congr. f. Hygiene. Jena, Gust. Fischer 1907. p. 255 ff.

[19]) Die in diesem Jahre für die kurländischen Leprosorien bestätigte Hausordnung enthält folgende Bestimmungen: Aufnahme finden unentgeltlich alle in Kurland Geborenen und zu den Stadt- und Landgemeinden dieses Gouvernements verzeichneten, alle übrigen Kranken gegen Entrichtung einer Zahlung. Die Kranken versammeln sich, soweit es ihr Zustand zulässt, zu den Mahlzeiten im allgemeinen Speisezimmer. Der Mittagstisch, der in seiner Zusammenstellung der üblichen Kost der Landbevölkerung entspricht, wird vom Verwaltungsrat bestimmt. Aenderungen derselben oder Mahlzeiten auf dem Zimmer werden nur auf besondere Verfügung des Arztes gestattet. Die Kleidung der Kranken ist die bei der Landbevölkerung übliche. Alle Sachen, die sie mitbringen, bleiben zu ihrer Verfügung. Nach ihrem Tode verfallen sie der Anstalt und werden mit Ausnahme von Geld den Verwandten nicht ausgeliefert. Der Arzt soll die Anstalt mindestens ein Mal wöchentlich, im Bedarfsfalle häufiger besuchen. In der Anstalt wohnt ein vom Verwaltungsrat eingesetzter Aufseher, der für Beköstigung, Beheizung, Bekleidung und für die nötige Ordnung in der Anstalt zu sorgen hat. Die Kranken haben sich unbedingt seinen Anordnungen zu fügen und können sich, falls ihnen Forderungen desselben ungerechtfertigt erscheinen, beim Arzte oder Verwaltungsrat beschweren, müssen aber in jedem Falle bis zur Entscheidung der Sache sich den Anordnungen fügen. Die Kranken der Anstalt müssen je nach ihrem Gesundheitszustande alle Arbeiten, die keine besonderen Kraftanstrengungen bedingen, kostenlos ausführen, als z. B. Geschirr waschen, Dielen reinigen, Bäder zubereiten, Hof und Garten der Anstalt in Ordnung halten, schwächeren Kranken beim Essen helfen, die Betten aufmachen etc. Die Ausführung schwererer Arbeiten als: Holzsägen und -hacken, Wäsche waschen oder für Arbeiten, die eine besondere Handwerkskenntnis voraussetzen (Schuhmacher etc.), haben sie eine vom Verwaltungsrat festzusetzende Entschädigung zu erhalten. Anverwandte und Bekannte dürfen die Kranken nur mit Erlaubnis des Anstaltsarztes besuchen, dürfen ihnen aber in keinem Falle starke Getränke oder andere durch den Arzt verbotene Dinge zutragen. Den Kranken ist es streng verboten, die Anstalt zu verlassen, besonders Jahrmärkte, Bäder etc. zu besuchen, auch dürfen sie Eisenbahnfahrten nur mit Wissen und Erlaubnis des Arztes unternehmen. Für schlechte Führung und grobes Betragen im Verkehr mit dem Leiter der Anstalt können den Kranken folgende Strafen auferlegt werden: Rügen und das Verbot, eine gewisse Zeit ihre Verwandten zu sehen. Falls sich auch dieses als unzureichend erweist, und der Kranke wiederholt die Hausordnung verletzt oder ein wichtigeres Vergehen vorliegt, kann derselbe auf Beschluss des Verwaltungsrates einer dreitägigen Karzerhaft unterzogen werden, worauf er in eines der entfernteren Leprosorien geschickt wird.

Ueber Novozon als bactericidium.

Von

Dr. Köcher.

Meine früheren Mitteilungen in dieser Zeitschrift über das Sauerstoffpräparat „Novozon", kann ich heute durch eine Mitteilung über die Versuche vervollständigen, welche im hiesigen bacteriologischen Institut von Dr. Zwet unternommen wurden.

Die Experimente von Dr. Zwet bezweckten eine Nachprüfung der bactericiden Wirkung des Novozons, welche von der Columbia Universität in New-York gefunden und verkündet worden war, und bezogen sich auf die Abtötung von Bacillen der Cholera asiatica, deren Culturen aus dem hiesigen Institut für Experimental-Medicin bezogen waren.

Das höchst einfache Verfahren bei den Zwetschen Versuchen war folgendes.

Es wurden 0,75 Gramm Novozon purum mit 100 cc. Wasser verrührt, welchem eine Lösung von 0,05 acid. hydrochlor. zugesetzt war. In diese Flüssigkeit wurden die Cholera-Bacillen gebracht, deren Abtötung dann nach einem Verweilen in derselben von 20—30 Minuten in verschiedenen Versuchen erfolgte und constatiert wurde.

Die weiteren chemischen Untersuchungen der bei dem Process sich abspielenden Vorgänge zeigten, dass die anwesende Salzsäure im Moment der Abspaltung des activen Sauerstoffs neutralisiert wird, womit eine eventuelle Einwirkung ihrerseits auf die Bacillen ausgeschlossen ist. Durch weitere Parallelversuche wurde dann festgestellt, dass das vorhandene Magnesiumsuperoxyd zwar die Säure neutralisiert, auf die Cholera-Vibrionen jedoch keinerlei Wirkung übt.

Man darf demnach die bactericide Wirkung des Novozons als zweifellos erwiesen betrachten und muss sie einzig der Einwirkung des freiwerdenden activen Sauerstoffs auf die Bacillen zuschreiben. Die Vorgänge welche dahin führen, erfolgen in nachstehender Ordnung. Die der Mischung zugesetzte Salzsäure bewirkt die Lösung des Magnesiumsuperoxyds und das dabei sich bildende Wasserstoffsuperoxyd veranlasst bei seiner Zersetzung durch Wirkung auf Wasser und Sauerstoff die Abspaltung von activem Sauerstoff.

Das bei diesen Versuchen für die Lösung von Novozon erforderliche Quantum von 0,05 pCt. Salzsäure, fällt bei Darreichung von Novozon per os fort, weil der Salzsäuregehalt des Magensaftes etwa 4 Mal stärker ist und bekanntlich auf durchschnittlich 0,2 pCt. geschätzt wird.

Die von mir früher erwähnten 47 Fälle in welchen bei Novozongebrauch die Untersuchung stets bacterienfreien Darm ergab, sind daher durchaus erklärlich.

Ich verfehle nicht, auf die Resultate der Zwetschen Experimente hinzuweisen, denn bei der gegenwärtigen Choleraepidemie dürfte ein Präservationsmittel wie Novozon schon der Leichtigkeit seiner Anwendung wegen vielen ungleich willkommener sein als die unbequemen Seruminjectionen, deren Schutzkraft bis heute noch nicht sichergestellt ist. Auch können Injectionen unter Ausschluss der Kinder, nur für ganz gesunde kräftige Individuen in Frage kommen.

Bei Novozongebrauch müsste man nur von vorn herein die Einzeldosen recht klein bemessen, um bei mangelnder Angewöhnung an das Mittel unnütze Durchfälle zu vermeiden, die Dose nur ganz allmählich steigern und als höchste Tagesdosis nicht mehr wie 1 Theelöffel nehmen lassen, da es hier hauptsächlich darauf ankommt, fortgesetzt activen Sauerstoff auf den Darm wirken zu lassen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Desinfektion. Monatsschrift. Herausg.: Prof. Flügge-Breslau, Gaffky-Berlin, Baurat Herzberg-Berlin, Prof. Kirchner-Berlin, Proskauer-Berlin. Schriftleiter: DDr. Lentz und Lockemann-Berlin. Jahrgang I. Juli 1908. Heft 1. Geschäftsstelle: Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt.

Es liegt uns hier ein Heftchen von 42 Seiten in 8° einer neuen Zeitschrift vor, die ein Centralorgan für das Gesammtgebiet der Desinfektion, Sterilisation und Conservierung werden will. Ausser Originalartikeln aus diesen Gebieten, bringt es eine Zusammenstellung der Literatur über Desinfection, Bücherbesprechungen und Referate, dann aber auch die Gesetzgebung und behördliche Verordnungen, sowie patentamtliche Mitteilungen und kleinere Mitteilungen in einer «Umschau». Dem Unternehmen Erfolg wünschend, machen wir Interessenten darauf aufmerksam.

A. Ucke.

H. Ribbert: Der Tod aus Altersschwäche. Verlag von Friedrich Cohen. Bonn. 1908.

Diese kleine Schrift, die aus der Feder des talentvollen Bonner Pathologen als fünfte in einer Reihe von Abhandlungen, allgemeine Fragen der Pathologie behandelnd, geflossen ist, ist fesselnd geschrieben und kann jedem Mediciner warm empfohlen werden.

A. Ucke.

H. Triepel: Denkschrift über die anatomische Nomenclatur, der anatomischen Gesellschaft auf ihrer 22. Versammlung in Berlin vorgelegt am 22. April 1908. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1908.

Verf. weist auf eine Reihe von Unzulänglichkeiten hin, die bei Abfassung der neuen anatomischen Nomenclatur mituntergelaufen sind und baldiger Verbesserung bedürfen, da die Bezeichnungen bereits in die Lehrbücher überzugehen pflegen, dabei aber sprachlich vielfach unmögliche Formen darstellen. Der Schrift ist ein alphabetisches Register solcher Formen angeschlossen.

A. Ucke.

A. Pollatschek und H. Nador: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1907. Wiesbaden. Verl. von J. F. Bergmann, 1908. Pr. Mk. 8.60.

Es liegt uns der XIX Jahrgang dieses rühmlichst bekannten Jahrbuches vor, das vorwiegend für praktische Aerzte bestimmt ist und diese auf dem Laufenden erhalten soll über alle therapeutischen Errungenschaften des verflossenen Jahres. Der Band von 352 Seiten repräsentiert eine gewaltige Arbeitsleistung: gilt es doch nur das Wichtige und Wesentliche herauszusuchen und zu verarbeiten, zu sichten und zu ordnen, bei der Fülle, die gerade die letzten Jahre durch Ausbau der Serotherapie, Organotherapie, der Chirurgie und aller anderer Zweige der Medizin bieten. Ein genaues Inhalts- und Autorenverzeichniss und Sachregister ermöglicht eine schnelle und leichte Orientierung. Eine Empfehlung des Werkes ist wohl überflüssig, es hat sich durch lange Jahre seines Erscheinens selbst zur Genüge empfohlen, es sei nur auf das Erscheinen des neuen Bandes hingewiesen.

W. Schiele.

Beiersdorfs Handbuch. Im Selbstverlag von P. Beiersdorf u. Co. Hamburg.

Das kleine Büchlein giebt auf 111 Seiten eine praktische und bequeme Uebersicht über «die Verwendung Beiersdorfscher Zubereitungen in der ärztlichen Praxis». Die Beiersdorfschen Guttaplaste, Leukoplaste, Salbenmulle etc. erfreuen sich in Deutschland bereits einer grossen Beliebtheit, und ihre grössere Verbreitung wäre auch bei uns sehr wünschenswert. Die meisten B'schen Präparate sind auf Anregung Prof. Unnas entstanden und ermöglichen die Umgehung complizierter Verbände, resp. erleichtern die Herstellung dieser.

W. Schiele.

R. Knorr: Zur Diagnose und Therapie der Nieren-Blasentuberkulose der Frau. Verlag von C. Marhold. Halle a. S. Pr. Mk. 1.50.

Die Arbeit von K. bildet ein Heft der von Max Graefe herausgegebenen Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Die Berechtigung zu einer gesonderten Besprechung der Nieren-

Blasentuberkulose speziell der Frau begründet der Autor mit dem Hinweise, dass der Gynäkologe in neuerer Zeit sich auch mehr und mehr des Cystoskopes bedient bei Feststellung gynäkologischer Leiden und er auch mit den Erscheinungsformen der nicht seltenen Tuberkulose des Harntraktus zu differentialdiagnostischen Zwecken gegenüber reinen Frauenleiden vertraut sein muss. Eine vorwiegende Bedeutung bei der Diagnose besitzt die Cystoskopie. Die cystoscopischen Befunde schildert Knorr eingehend auf Grund von 12 persönlich von ihm beobachteten Fällen. Ein Ascendieren des Processes von der Blase zur Niere bei der Frau leugnet Verf. so gut wie ganz, beim Manne könne noch ein Ascendieren bei primärer Erkrankung der Prostata und Samenblasen zugegeben werden. Die Diagnostik hat nicht nur das Leiden als solches festzustellen sondern soll auch über Extensität und Intensität Aufschluss geben, die wiederum über die Möglichkeit einer erfolgreichen Therapie dh. Nierenexstirpation entscheiden. Bei der Allgemeinbehandlung weist K. auf die von verschiedenen Autoren erzielten Erfolge mit Tuberkulin hin. Auf 46 Seiten hat Knorr es verstanden, eine klare und erschöpfende Darstellung der Frage in interessanter Form zu geben.

W. Schiele.

Dr. E. Nitzelnadel: Therapeutisches Jahrbuch. XVIII Jahrgang. Fr. Deutike. Leipzig und Wien. Preis Mk. 4.

Das kleine Werk enthält «kurze diagnostische, therapeutische und pharmakologische Angaben, entnommen der deutschen medicinischen Journal-Literatur des Jahres 1907», die geschickt und zweckmässig vom Verfasser gewählt und zusammengestellt sind. Das Buch ist zu bekannt, es erscheint in 18. Auflage, um einer genaueren Besprechung und Empfehlung zu bedürfen. Der Inhalt ist in folgender Weise geordnet: auf 12 Seiten wird die Diagnostik abgehandelt, es folgt die Therapie mit über 200 Seiten, schliesslich die neueren Arzneimittel mit fast 100 Seiten. Allen, die sich schnell auf dem Gebiete orientieren wollen, wird der neue Jahrgang willkommen sein.

W. Schiele.

Dr. de Keating-Hart: Die Behandlung des Krebses mittelst Fulguration. Uebersetzung von Dr. E. Schünemann. Leipzig. Akademische Verlagsgesellschaft. 1908. Preis brosch. M. 2.40, geb. 3.30.

Der Uebersetzer hat sich zur Aufgabe gestellt, die interessante Methode des Dr. K.-H. in Marseille zur Behandlung des Krebses dem grossen deutschen Aerztepublikum zugänglich zu machen. Auf 37 Seiten beschreibt der Erfinder seine Methode, das Instrumentarium seiner elektro-chirurgischen Behandlungsweise und giebt mehrere Krankengeschichten mit Abbildungen vor und nach der Fulguration resp. Heilung wieder. Es kommen sog. hochfrequente Ströme zur Anwendung, doch legt der Autor ein grosses Gewicht auf eine vorherige chirurgische Vorbereitung der Patienten. Die Resultate der Methode scheinen in der Tat ausgezeichnet zu sein, besonders fällt die Heilung ohne entstellende Narben angenehm auf. Dabei ist das Verfahren durchaus nicht kompliciert. Fulguration verdient alle Beachtung in geeigneten Fällen, da sie eine radikale Heilung ermöglicht und vor Recidiven zu schützen scheint.

W. Schiele.

Protokolle des IV. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 11., 12. und 13. November 1907 zu Reval.

1. Sitzung.

Sonntag den 11. November von 11—2 Uhr.

(Fortsetzung).

Dr. Kupffer-Kuda: a) die Hygiene ländlicher Schulhäuser, b) (Commissionsbericht) Leitsätze beim Neubau einer Landvolksschule.

Die Hygiene ländlicher Schulhäuser. «M. H. Die Kommission zur Bearbeitung sanitärer Fragen hat in Erfüllung des ihr gewordenen Auftrages Musterschulpläne nebst Leitsätzen für Landvolksschulen in Estland unter gütiger Mitwirkung des Herrn Ingenieur Schott ausgearbeitet. Bevor Ihnen unsere Arbeit vorgelegt wird, gestatten Sie mir einige Bemerkungen über die an ländliche Schulhäuser zu stellenden hygienischen Aufforderungen.

Das Fundament der gesammten Schulhygiene ist ein nach den Grundsätzen der Gesundheitslehre erbautes Schulhaus. Schon gleich bei der Wahl des Bauplatzes ist dem Baugrund grosse Aufmerksamkeit zu schenken, sind doch die Beziehungen des Bodens zur Gesundheit des Menschen sehr manigfache. Aus dem Boden stammt das Trinkwasser. Durch Abfallsprodukte verunreinigte Bodenschichten geben Veranlassung zum Entstehen der sog. Bodenkrankheiten. Der Baugrund muss daher die Gewähr bieten, dass ohne erhebliche Kosten gutes Trinkwasser beschafft werden kann. Geeignet zum Bebauen ist sog. Mineral- od. Rohboden. Solche von Menschenhand noch nicht umgearbeitete und deshalb von organischen Substanzen freie Erdschichten, sind ausschliesslich als guter Baugrund anzusehen, nicht aber Humus- oder Kulturboden, der ja mit verwesenden organischen Stoffen durchsetzt ist. Nur auf tragfähigem, unwandelbarem Boden ist zu bauen und nicht auf beweglichem, der weggeschwemmt werden kann. Auch darauf kommt es an, dass der Boden porös, für Wasser und Luft gut durchlässig ist und eine geringe Wasserkapacität hat. Dadurch ist seine Trockenheit bedingt, welche die am meisten erforderliche Eigenschaft des Baugrundes ist. Die Feststellung des Maximal- und Minimal-Grundwasserstandes ist von grosser Wichtigkeit. Zu grosser Wasserreichtum des Bodens verbietet den Bau eines Schulhauses, hat man doch die Beobachtung gemacht, dass die Bevölkerung in dem Masse mehr von Schwindsucht heimgesucht ist, als sie auf feuchtem Boden lebt. Der Bauplatz soll eine geneigte aber nicht abschüssige Oberfläche haben. Allseitiger Zutritt von Sonnenlicht und frischer Luft ist für ein Schulhaus notwendig, nur gegen rauhe Winde ist Baumschutz erwünscht. Die Entfernung vom Nachbargrundstück muss so bemessen sein, dass den Schulzimmern auch in Zukunft gute Licht- und Luftverhältnisse gesichert sind.

In Bezug auf die Orientierung des Schulhauses d. h. die Himmelsrichtung, nach welcher die Fenster der Schulzimmer angeordnet werden sollen, wird allgemein eine solche Lage des Schulhauses gewünscht, dass während der ganzen Zeit der Schulstunden eine ausreichende Menge von diffusem Licht in das Schulzimmer gelangen kann und dass letzteres für einige Zeit, aber nicht während der Schulstunden auch directes Sonnenlicht erhält.

Es ist dem Bauplatz eine solche Grösse zuzumessen, dass alle erforderlichen Baulichkeiten in richtiger Anordnung und angemessenen Abständen auf dem Platze Raum finden können. Bei der Grundrissbildung ist der Umstand zu berücksichtigen, dass zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten der Schulkinderverkehr und der Wohnungsverkehr des Lehrers vollständig muss getrennt werden können.

Eine Unterkellerung oder wenigstens doch Dielenventilation wird bei einem Schulhause allgemein für notwendig gehalten. Ebenso das Vorhandensein einer Isolierschicht zwischen Fundament und Wänden.

Das Regenwasser ist entweder durch Dachrinnen oder Traufpflaster abzuleiten. Als Eindeckungsmaterial für das Dach ist Stroh nicht zu empfehlen, da ein Strohdach, bald undichter werdend, das Haus nicht mehr genügend vor Feuchtigkeit schützt. Um jegliches Gedränge zu verhindern, sollen die Türen nach aussen aufschlagen. Die Aufgänge in den zweiten Stock sind, wenn irgend möglich, feuersicher herzustellen resp. abzuschliessen, sodass bei einem Brande die Treppen nicht Feuer fangen können. Die Zugänge zu den Treppen müssen gut beleuchtet und leicht zu finden sein.

Was das Schulzimmer anbetrifft, so hat man zunächst dem Fussboden Beachtung zu schenken. Man verlangt, dass er dauerhaft und trocken, für Feuchtigkeit möglichst wenig durchlässig und nicht kalt ist. Auch muss er sich gut und leicht reinigen lassen und so beschaffen sein, dass er zum Aufwirbeln des Staubes so wenig als möglich Veranlassung giebt.

Die Wände und Oberlage müssen glatte und mit heller Leimfarbe gestrichene Flächen darstellen. Oelfarbe zum Anstrich zu benutzen ist vom hygienischen Standpunkt aus nicht ratsam, da der Luftwechsel durch die Poren der Wände dann zu sehr gehindert ist. Im Schulzimmer soll für Vermeidung aller Ecken, wo sich Staub ansetzen könnte, Sorge getragen sein. Man wünscht deshalb auch, dass der Ofen hoch ist, dass man bequem mit einem feuchten Lappen von demselben den Staub entfernen kann.

Die Grösse des Schulzimmers hängt ab von der Zahl der in der Klasse unterzubringenden Kinder, von der Seh- resp. Hörweite, dem Verhältnis der Länge zur Breite der Schulstube, von der Grösse des Lehrersitzes, des Schrankes, des Ofens, der Sitzplätze und der zwischen letzteren befindlichen Räume.

Als Maximum der in einer Klasse unterzubringenden Schulkinder wird 60 angenommen. Sehr wünschenswert ist es, dass das Schulzimmer eine oblonge Gestalt hat. Dabei sollte sich die Länge zur Breite verhalten wie 4:3 od 3:2. Allgemein hat man sich darauf geeinigt, dass die Tiefe nicht mehr als

7 Meter (22 Fuss) und die Länge nicht mehr als 10 Meter (32 Fuss) betragen soll, während für die Höhe als Minimum 3,2 Meter (10,24 Fuss) und als Maximum 4,5 Meter (14 Fuss) angenommen wird. Pro Schulkind wird 1 □ Meter (10,7 □ Fuss) Bodenfläche und 4 Cubikmeter (141 Cub.-Fuss) Luftraum in der Klasse verlangt. In den Schlafräumen glaubt man mit rund 10 Cubikmetern (350 Cub.-Fuss) Luft à Person auszukommen. Sehr wichtig ist die Anlage der Fenster im Schulzimmer. Es ist notwendig, dass jedes Schulkind genügendes Licht erhält. Desshalb wird gewünscht, dass von jedem Platz von den Bänken das Himmelsgewölbe sichtbar ist. Schädliches, von unten kommendes Licht ist zu vermeiden; aus diesem Grunde, und um die Ablenkung der Kinder durch Aussendinge zu verhindern, sollen die Fenster 1 Meter über dem Fussboden enden, dagegen aber möglichst hoch zur Oberlage hinaufreichen und keine breiten Fensterkreuze haben. Eine Glasfläche von 2052 Cubikcentimetern pro Schulkind wird als Norm angesehen. Das Licht sollte stets blos von links her auf die Bänke fallen.

Die Ventilation muss mit viel Sorgfalt angelegt werden. Eine solche durch Fenster und einfache Ventilatore genügt nicht, um die für ein Schulkind pro Stunde nötige Menge von von 12 Cubikmeter Luft herbeizuschaffen, ohne gleichzeitig starke Abkühlung der Räume und Zugluft zu erzeugen.

Es wird daher eine besondere Ventilationsvorichtung mit vorgewämter Luft gefordert, die durch besondere Kanäle einund austritt und im Zimmer cirkuliert. An die Technik der Beheizung des Schulzimmers sind folgende hygienische Anforderungen zu stellen. In kurzer Zeit soll eine Temperatur von 14—16° R. hergestellt werden und bis zum Ende des Unterrichts erhalten bleiben. Dabei muss diese Temperatur gleichmässig im ganzen Raume verteilt sein, und die Luft des Schulzimmers soll möglichst der atmosphärischen Luft gleich bleiben. Die Bedienung des Heizapparats muss leicht und sein Betrieb gefahrlos sein.

Als Raumbedarf für einen Lehrer gelten 2 Zimmer mit einer Grundfläche von zusammen 85 □ Metern (850 □ Fuss) nebst einer Küche und den nötigen Wirtschaftsräumen. Die lichte Höhe der Stuben des Lehrers ist mit 3 Meter (9½ Fuss) ausreichend bemessen.

Ställe dürfen nicht mit dem Schulhause unter einem Dache sich befinden. Das Nebengebäude placiere man nicht an der Schulstubenseite, doch so, dass es von der Lehrerwohnung aus zu übersehen ist.

Zu jedem Schulhause gehört ein Brunnen. Das Wasser muss in genügender Menge und guter Qualität aus einer den Verunreinigungen von der Oberfläche oder den oberen Bodenschichten her nicht ausgesetzten Tiefe bezogen werden.

Die Abtritte für die Schulkinder sind ausserhalb des Schulhauses in der Regel in einem besonderen Gebäude anzulegen.

Wir gehen nun zu den Leitsätzen für die Musterschulhauspläne über.

Was ist beim Bau eines Schulhauses zu beachten?

I. Baustelle:

A. Die Baustelle sollte möglichst in der Mitte des Schulbezirkes liegen und mindestens eine Grösse von 30 zu 30 Faden haben.

B. Der Bauplatz darf weder auf sumpfigem Grunde liegen, noch auf solchem, der Ueberschwemmungen ausgesetzt ist.

C. Das Grundwasser sollte womöglich zwischen 10 und 20 Fuss liegen, damit eine Brunnenanlage nicht zu teuer wird.

D. Der Baugrund sollte aus Graut, Sand oder Lehm bestehen.

E. Die Nähe von Trinkanstalten und viel befahrenen Wegen muss möglichst vermieden werden.

F. Die Oberfläche soll, wenn möglich, eine leichte Neigung haben, damit das Regenwasser nicht darauf stehen kann.

G. Nachbargebäude sollten nicht näher wie 8 Faden vom Schulhause entfernt liegen.

H. Zum Schutz gegen rauhe Winde müsste der Platz mit Bäumen bewachsen sein, oder es wären solche anzupflanzen; doch sollen dieselben nicht näher wie 5 Faden vom Schulhause stehen.

II. Anordnung der Gebäude zu einander:

A. Das Schulgebäude soll 4 Faden von der Strasse abliegen.

B. Der Stall darf nicht näher wie 8 Faden vom Schulhause und nicht in der Richtung der Schulstube gelegen sein. Türen und Fenster des Stalles sollen sich nicht nach dem Schulgebäude öffnen. Falls letzteres nicht zu vermeiden ist, sollte sich ein fester Zaun zwischen Schulhaus und Stall befinden.

C. Der Stall, der Brunnen und das Schulhaus sollen stets so zu einander gelegen sein, dass das Regenwasser nicht von dem ersteren zu dem letzteren fliessen kann.

D. Der Brunnen soll vom Schulhaus höchstens 6—7 Faden, und von den Ställen und dem Abtritt 10 Faden entfernt sein. Die Lage des Schulhauses ist so zu wählen, dass das directe Sonnenlicht erst um ½3 Uhr Nachmittags in das Schulzimmer fallen kann. (SW.) —

1. Als Baumaterial ist am besten Holz in Ständer oder Balkenausführung zu wählen. Steingebäude müssen in allen Fällen Ziegelfutter und Luftschicht aufweisen.

2. Die Eindeckung der Dächer kann aus den ortsüblichen Materialien erfolgen. Als billiges, gutes Dach ist ein solches aus Dachpappe zu empfehlen.

3. Um das Gebäude trocken zu halten, ist es ratsam, dasselbe mit einem gepflasterten Streifen, mit Neigung vom Hause weg, in der Breite von 2½ Fuss zu umgeben (Traufpflaster).

4. Für die Grundrisseinteilung des Schulhauses sind die beigefügten Pläne massgebend. An der Nordseite ist die Lehrerwohnung untergebracht, die aus 2 Zimmern, Küche und Vorraum besteht.

An dieselbe schliesst sich nach Westen das Schulzimmer mit nur einer Aussenwand.

Nach Süden und Osten liegen Vorzimmer, Esszimmer (und Vorratskammer) und, wenn nöthig, die Schlafräume der Kinder.

Zwischen den Schulräumen und der Lehrerwohnung ist nur eine Verbindungstür vorhanden, die, falls beim Lehrer ansteckende Krankheiten herrschen, geschlossen und verklebt werden kann. Jede andere Verbindung ist verboten.

5. Der Fussboden des Erdgeschosses sollte überall 2 Fuss über der Erdoberfläche liegen, wobei die Diele durch Oeffnungen im Fundament, die im Winter geschlossen sein können, ventiliert wird.

6. Gegen das Aufsteigen der Grundwasserfeuchtigkeit sollte eine Isolierschicht auf die Oberkante des Fundaments gelegt werden, welche aus Teerpappe, Cement oder schlechtem Fensterglas und Cement bestehen kann.

7. Die Dielen sollen aus schmalen, 5—6 Zoll breiten, womöglich gespundeten Brettern bestehen. Die Balken, die die Diele tragen, sollen ganz frei liegen, und können, damit sie nicht zu stark genommen zu werden brauchen, in der Längsrichtung 2—3 Unterstützungen bekommen. Um die Diele warm zu halten, müsste unter derselben eine zweite, sogenannte «schwarze» vorhanden sein. Der Zwischenraum zwischen reiner und schwarzer Diele muss 3½ Zoll betragen und mit trockenem Füllmaterial ohne schwarze Erde und Spähne in einer Dicke von 2½ Zoll gefüllt sein. Genau in der gleichen Art sind die Lagen aufzulegen. Steindielen sind nur in Schaffreien zulässig. Dielen aus Lehm oder Erde sind nirgends gestattet.

8. Schornsteine sollten so angelegt sein, dass jeder Ofen seinen eigenen Zug besitzt, wobei jeder Zug nicht grösser sein soll wie 6 × 10 Zoll. Ausserdem soll der Schornstein noch Züge für die Ventilation erhalten und zwar für das Schulzimmer, das Esszimmer und die Schlafräume je einen besondern, für die beiden Lehrerzimmer einen gemeinsamen und für die Küche und Vorratskammer auch einen gemeinsamen.

B. Schulzimmer. Dass Schulzimmer soll so gross sein, dass auf jeden Schüler 11 □ Fuss Bodenfläche kommt, wobei die Höhe des Zimmers nicht weniger wie 11¾ Fuss betragen soll. Die Fenster in dem Schulzimmer sollen im Lichten gemessen ⅕ der Bodenfläche betragen. Die Fenster sollen 3 Fuss über der Diele anfangen und möglichst nah unter die Lage reichen. Wie die Fenster zu stellen sind, ist aus dem Plane zu ersehen. Zum bequemen Lüften des Raumes sollen die oberen Rahmen der Fenster sich umklappend öffnen. Die Tiefe des Schulzimmers soll nicht über 19 Fuss betragen. Wände und Lage im Schulzimmer sind zu stucken und zwar in einer Höhe von 5 Fuss, womöglich mit Cementzusatz. Der Anstrich der Wände besteht am Besten aus Leimfarbe in hellem, gelbbraunem Ton. Die Lage soll eine glatte Fläche bilden, und in derselben Farbe aber heller gehalten sein. Die Ecken des Zimmers sind auszurunden. Die Diele ist am Besten mit Carbolineum einmal zu streichen. Der Ofen im Schulzimmer soll nur dasselbe erheizen und von dem Schulzimmer aus heizbar sein. Ausser den Feuerzügen soll er zwischen denselben einen Canal für frische Luft besitzen. Dieser Canal muss mindestens 1 Fuss in jeder Richtung Querschnitt aufweisen. Er steht in Verbindung mit einem unter der Diele durchlaufenden und in's Freie führenden Canal von gleicher Grösse, der aus Holz oder Stein gearbeitet sein kann. Die im Ofen angewärmte frische Luft tritt am oberen Ende des Ofens durch eine verschliessbare Klappe in das Schulzimmer. Die verbrauchte Luft zieht durch eine Klappe in der Nähe des Fussbodens in ein Ventilationsrohr des Schronsteins, das einen Querschnitt von 10 × 15 Zoll haben muss. Der Ofen sollte an der dem Fenster gegenüberliegenden Wand stehen. Die Bänke müssen so

aufgestellt sein, dass das Licht von der linken Seite auf dieselben fällt. Jede Bank soll für nicht mehr als 4 Schüler berechnet sein, sehr zu empfehlen wären Bänke für 2 Schüler. Die Masse für die Aufstellung der Bänke, des Catheders und der Tafel sind aus den Plänen zu ersehen. Wünschenswert ist auch die Aufstellung eines grossen Schrankes zur Aufbewahrung von Büchern und Karten. Die Schultafel soll nicht an der Wand hängen, sondern auf einem frei beweglichen Ständer stehn.

C. Vorhaus. Das Vorhaus sollte durch einen Windfang vor der Aussenluft geschützt sein und nicht weniger als $\frac{1}{4}$ der Bodenfläche des Schulzimmers enthalten. Es soll durch einen Ofen oder eine warme Wand zu erheizen sein, da das Vorzimmer zum Ablegen der Ueberkleider dienen soll.

D. Speisezimmer. Lage und Grösse des Speisezimmers ist aus den Plänen deutlich zu ersehen. In demselben soll ein kleiner Herd zum Anwärmen der mitgebrachten Speisen vorhanden sein. Dielen und Wände sollen ebenso ausgestattet sein wie im Schulzimmer. Von grosser Wichtigkeit wäre eine Einrichtung zum Waschen, die aus einem Holztroge mit Zinkblecheinlage bestehen könnte, über welchem ein Wasserbehälter aus gleichem Material von circa 10 Eimer Inhalt anzubringen wäre. Die Länge des Wasserbehälters sollte mit der Länge des Troges übereinstimmen, und alle $1\frac{1}{2}$ Fuss Ausflussöffnungen mit Fallverschluss haben. (Derartige Verschlüsse sind in Reval zu haben). Der Abfluss sollte durch ein Rohr von $2-2\frac{1}{2}$ Zoll Durchmesser bis auf 5 Fuss ausserhalb des Gebäudes geführt werden und dort in eine mit Steinen gefüllte Grube münden. Das Rohr darf in keinem Falle ausserhalb des Gebäudes flacher als 4 Fuss unter der Erdoberfläche liegen, da es sonst einfrieren könnte. Die Grösse der Grube soll 5×5 Fuss, die Tiefe 6 Fuss betragen.

E. Schlafzimmer. Die Grösse der Schlafzimmer ist nach der Grösse der Schulzimmer zu bemessen, wobei für jedes Kind, das übernachtet, 30 □ Fuss Bodenfläche vorhanden sein muss. Diele, Wände und Lagen sind ebenso wie im Schulzimmer zu halten. Aus jedem Schlafraum sollte in der Nähe des Fussbodens eine Ventilationsöffnung in das dazugehörige Schornsteinrohr führen, welches einen Querschnitt von 10×10 Zoll haben muss.

F. Die Lehrerwohnung. Die Lehrerwohnung soll aus 2 Zimmern, Küche, Vorratskammer und Vorhaus bestehen. Damit das Vorhaus nicht zu kalt ist, wäre es wünschenswert, demselben einen Windfang vorzulegen. Aus der Wohnung des Lehrers sollte eine Treppe auf den Boden führen. Ein Arbeitszimmer auf dem Boden mit warmem Zugang dürfte nicht fehlen. Die Küche muss ihren eigenen Ausgang haben. Wünschenswert ist eine Closetanlage für den Lehrer im Hause. Die Grube soll wasserdicht angelegt sein und einen Extrazug in den Schornstein besitzen. Als Material für Diele und Wände der Grube sind gespundete, $2\frac{1}{2}$ Zoll dicke Bretter, die mit Carbolineum oder Teer getränkt sein müssen, zu verwenden. Ausserdem soll die Aussenseite dieses Kastens mit Lehmschlag von 9 Zoll Dicke eingestampft sein. Der Sitz ist mit Deckel und Scharnieren zu versehen. Wo Fliessgrund ist, kann die Grube in Stein eingesprengt und cementiert sein. Die Wände und die Lagen in den Lehrerzimmern werden am besten aus glatten, gefirnissten Brettern gearbeitet. Die Höhe aller Räume, ausser dem Schulzimmer, braucht nicht mehr als $9\frac{1}{2}-10$ Fuss zu betragen.

G. Die Abtritte sollen nicht näher als 8 Faden vom Schulhause und 10 Faden vom Brunnen entfernt liegen, dabei derart, dass das Regenwasser nicht zum Schulhaus und Brunnen laufen kann. Die Grube soll in gleicher Art, wie die bei der Lehrerwohnung beschrieben, ausgeführt sein und mindestens $\frac{1}{2} \times 1$ Faden $\times$ 5 Fuss Tiefe besitzen. Der Eingang für Knaben und Mädchen soll gesondert, an entgegengesetzten Seiten liegen. Vor den Türen der Abtritte sind Schutzzäune anzubringen, welche am besten aus Latten anzufertigen sind. Für Knaben und Mädchen sind je 2 Sitze zu rechnen. Ausserdem für Knaben eine mit Teer gestrichene Pissoirrine, von mindestens 4 Fuss Länge. Zur Entlüftung sollte ein Ventilationsrohr mit Absaughaube angebracht werden.

H. Brunnen. Die beste Brunnenanlage ist eine frostfreie Pumpe, zulässig ausserdem ein Brunnen mit Winde. Schwengelbrunnen sind durchaus unzulässig. Der Brunnenkasten muss $2\frac{1}{2}$ Fuss höher wie die umgebende Erdoberfläche sein, wobei ein vom Brunnen abfallendes Pflaster sehr erwünscht ist. — Jede Brunnenanlage sollte mit einem in Scharnieren gehenden Deckel versehen sein.

J. Umbau. Beim Umbau einer Schule sollte stets das Klassenzimmer neu angebaut, und das vorhandene zu den übrigen Räumen verwandt werden. Bei Umbauten sollte stets sachverständiger Rat eingeholt werden.

Herr Architekt Schott (als Gast) Demonstration von Musterplänen für Landvolksschulen.

Dr. Haller-Reval (Commissionsbericht): Die Bekämpfung ansteckender Krankheiten:

«M. H. Die Commission zur Bearbeitung sanitärer Fragen sieht sich nicht in der Lage, Ihnen detaillierte Vorschläge zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten zu machen; sie hat dagegen mich beauftragt, Ihnen in grossen Zügen über allgemeine Seuchenbekämpfung zu berichten, und dabei werde ich Gelegenheit haben, Ihnen einige Vorschläge zu unterbreiten.

Jeder Staat hat die Verpflichtung, seine Bürger nicht nur vor Raub und Mord, vor Diebstahl und Unrecht zu schützen, sondern sie auch nach Möglichkeit vor verheerenden Volksseuchen und schädigenden Krankheiten zu bewahren. Dieser Erkenntnis ist auch Russland gefolgt, und wir haben eine ganze Anzahl Gesetzesbestimmungen und Verordnungen, die der Ausbreitung allgemein gefährlicher Krankheiten entgegenarbeiten sollen. Diese Gesetze sind aber zum grossen Teil zu einer Zeit gegeben, wo die Anschauungen über Entstehung und Verhütung ansteckender Krankheiten wesentlich andere waren als heute, und sie ermangeln daher vielfach der nötigen Wirksamkeit. Mit der Gesundung der allgemeinen Verhältnisse, mit der Erstarkung und dem Wachsen der gesetzgebenden Factoren ist auch hier Besserung zu hoffen, aber es kann noch lange dauern, bis wir zu einer zweckmässigen reichsgesetzlichen Regelung der Seuchenbekämpfung kommen.

M. H. Bis dahin wollen wir aber nicht müssig stehen. Ich meine, wir sind es unsern Patienten schuldig, genau darüber orientiert zu sein, wie eine Krankheitsübertragung zu vermeiden ist, wie und wo eine Desinfection anzuordnen und auszuführen ist. Wir sind dazu um so mehr verpflichtet, so lange wir darin keine zweckmässige staatliche Fürsorge haben, der wir die Ausführung überlassen könnten. Nun haben sich in den letzten 25 Jahren die Anschauungen über zweckmässige Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Forschungen Pasteurs, Kochs und ihrer Schüler so wesentlich verändert, dass es sich wohl lohnt, an der Hand der neuen Anschauungen, wie sie etwa das neue preussische Gesetz der Seuchenbekämpfung giebt, eine Generalrevision der alten vorzunehmen.

Indem ich die allgemeinstaatlichen und polizeilichen Massnahmen als ausser des Rahmens meines Berichts liegend ausscheide, präcisiere ich als allgemeine Kampfesmittel gegen die übertragbaren Krankheiten folgende: die Anzeige, die präcise Diagnose, die Isolierung des Kranken, die fortlaufende Desinfection am Krankenbett, die Schlussdesinfection. Werden diese Factoren jedes Mal in zweckentsprechender Weise angewandt, so glaube ich, dass eine Contactinfection — auch unmittelbare — sicher vermieden wird und dass die Gegner der Desinfection vor der eklatanten Wirkung der Massnahmen bald schweigen müssen. Notwendig allerdings ist, dass diese Factoren präcis zusammen wirken und jeder einzelne absolut zuverlässig ist. Nur dadurch, dass das bisher nicht genügend erkannt war, sind die Fehlschläge scheinbar zweckmässiger Massnahmen zu erklären; je mehr die richtige Anwendung unserer zuverlässigen Waffen bekannt und anerkannt wird, um so besser für die Bekämpfung der Infectionskrankheiten.

Gleich das erste, die Anzeige, stösst auf manchen Widerspruch und oft auf Schwierigkeiten.

Bei uns in Russland liegt die Anzeigepflicht auf dem hinzugezogenen Arzt, und auch in Preussen verpflichtet das neue Seuchengesetz den Arzt in erster Linie dazu, (früher das Familienhaupt) in der richtigen Erkenntnis, dass der Arzt vor allem in der Lage ist, die Art der Erkrankung zu bestimmen und ihn am wenigsten Erwägungen äusserer Natur (wie Belästigungen und Kosten) abhalten werden, der Pflicht zu genügen. Die Anzeige hat nun keineswegs bloss statistischen Wert, wie manche behaupten wollen, sondern veranlasst bei einer ganzen Reihe von Krankheiten die amtliche Ermittelung: d. h. Feststellung der Art und Schwere der Erkrankung und des Infectionsweges, Beihülfe zur fortlaufenden und Schlussdesinfection etc., kurz eine ganze Reihe wichtiger sanitärer Massnahmen.

Je früher diese einsetzen, desto günstiger für die Beschränkung der Seuche und das allgemeine Wohl. Mit fortscheitender Entwickelung unserer städischen und landischen Sanitätsinstitutionen wird der behandelnde Arzt an ihnen immer Unterstützung finden und die Wichtigkeit der Anzeige stets mehr und mehr erkennen. Aber auch da, wo von der Anzeige noch keine nutzbringenden Erfolge zu erwarten, sollten sie nicht versäumt werden, denn niemals darf sich der Arzt mitschuldig an der Untätigkeit der Behörden machen und stets sollte er sich vergegenwärtigen, dass die Anzeige eine ernste sociale Pflicht ist, der genügt zu

haben, Befriedigung gewährt, unabhängig davon, ob die Behörden die Gelegenheit zum Handeln benutzen oder nicht.

Es ist nun allerdings ohne weiteres klar, dass nicht alle übertragbaren Krankheiten gleich anzeigepflichtig sein können, und bei uns ist wohl ein gut Teil der Anzeigeunlust darauf zurückzuführen, dass Krankheiten wie Influenza, Skorbut und crupöse Pneumonie auf der Meldekarte figurierten. Die neue Meldekarte, die der Herr Medicinalinspector auf meinen Vorschlag hin und unter Mitwirkung der Gesellschaft revalscher Aerzte angeordnet hat, hat diesen unnützen Ballast gestrichen, führt aber trotzdem Krankheiten an, deren Anzeigewert nicht unzweifelhaft ist. Ich führe nur Keuchhusten und Scorbut an. Für Keuchhusten kennt man die Erreger und ihre Verbreitungsweise noch nicht, und es fehlt an wirksamen Massregeln gegen seine Verbreitung, dem Scorbut wird ziemlich allgemein der infectiöse Character abgesprochen. Das preussische Gesetz hat auch die Masern von der Anzeige gestrichen, wie mir scheint nicht ganz berechtigt, dagegen Wochenfieber, Trachom, epidemische Genickstarre und Tuberkulose (allerdings nur Todesfälle) aufgenommen. Dass die übertragbare Genickstarre, wenn sie bei uns auftritt, auch angezeigt werden wird, unterliegt mir keinem Zweifel; anders steht es mit der Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Wie ich an anderer Stelle noch ausführen werde, ist die Einreihung dieser Erkrankung, wo es sich um die sogenannte offene Form handelt, in die anzeigepflichtigen Infectionskrankheiten dringend zu fordern, eröffnet sich doch dadurch erst die Möglichkeit, sie wirksam als Volkskrankheit zu bekämpfen.

Ist nun die Meldekarte durch eine praktischere Form und richtigere Krankheitsangabe dem Arzte bequem gemacht, so wird die schnelle Anzeige auch beim besten Willen des Arztes dadurch oft Schwierigkeiten begegnen, dass das klinische Bild nicht eindeutig ist und die Diagnose längere Zeit schwankt, ja in manchen Fällen ohne bakteriologisch-mikroskopische Beihülfe garnicht sicher möglich ist. Der praktische Arzt hat nicht die Zeit, die Kenntnisse und Uebung, um zuverlässige bakteriologisch-mikroskopische Untersuchungen vorzunehmen; er kann sich nur so helfen, dass er den Krankheitsverdacht anzeigt und die Ermittelung dem beamteten Arzt überlässt. Aber auch dieser kann der bakteriologischen Untersuchung nicht entraten, die ohne ein gut eingerichtetes Laboratorium, ohne grosse Vertrautheit mit den specialistischen Methoden undenkbar ist; darum muss die moderne Seuchenbekämpfung über eine bakteriologische Untersuchungsstation verfügen, will sie nicht von vorn herein auf Wissenschaftlichkeit und Zweckmässigkeit verzichten. Private Laboratorien erscheinen wenig geeignet zur Erledigung dieser socialen Aufgabe, denn die Untersuchungsgebühr ist hoch, und bisweilen haben sie ihre Mitwirkung aus besonderen Gründen ganz ablehnen müssen. Diese Calamität, obwohl auch bei uns ständig fühlbar, trat in Reval im Frühling 1905 besonders deutlich hervor, als es galt, eine bakteriologisch-diagnostische Untersuchungsstätte für Cholera ausfindig zu machen. Damals war die Stadtverwaltung gezwungen, ein zeitweiliges Laboratorium für diese Zwecke zu schaffen; es ist daraus ein bleibendes Institut geworden, dass aber leider nicht das allgemeine Vertrauen geniesst und daher auch nicht voll seinen Zweck erfüllt.

Zu der Forderung eines ständigen communalen und landschaftlichen mikroskopisch-bakteriologischen Laboratoriums, das in bestimmten Fällen unentgeltlich arbeitet, zu dem Postulat, dass die Leitung dieses Instituts einer absolut zuverlässigen, durch besondere Prüfung oder Empfehlungen qualificierten, womöglich ärztlichen Person anvertraut sei, kommt nun noch die Notwendigkeit, dass den Aerzten, beamteten wie nicht beamteten, die Benutzung dieses Instituts nach Möglichkeit erleichtert werde. Dazu müssen stets geeignete Entnahme- und Versandgefässe (für Stuhlproben, Rachenschleim etc.) in genügender Menge vorhanden und an geeigneten Orten (Apotheken oder bei den Aerzten selbst) deponiert sein, und die Versendung muss per Post leicht, bequem und schnell sein. Die Ueberlassung der Gefässe, die Versendung und Untersuchung muss, wenigstens wo der beamtete Arzt handelt, auf öffentliche Kosten geschehen. Ich halte es ferner für zweckmässig, einem jeden Gefäss eine kurze Anweisung zur Entnahme und Versendung des Untersuchungsmaterials beizugeben. Das Untersuchungsamt wird sich aber nicht nur bei der Feststellung der Diagnose zu beteiligen haben; es soll auch bei der Klärung der Infectionswege mittätig sein und so den sanitätspolizeilichen Massnahmen wertvolle Hilfe leisten. In Preussen ist jeder Bezirk mit einer Untersuchungsstelle versehen, und es wird Ihnen bekannt sein, wie manche, bis dahin ätiologisch ganz dunkle, lokale Epidemie durch die bakteriologische Untersuchung aufgeklärt und ihre Quelle verstopft worden ist. Ich brauche nur an die Bacillenträger, und die Resultate vieler Wasser- und Milchuntersuchungen zu erinnern.

Endlich wird die Untersuchungsstelle auch nach erfolgter Genesung des Kranken uns wichtige Dienste zu leisten haben: die Feststellung, ob der Betreffende nicht vielleicht noch virulente Bakterien ausscheidet, ist für uns bei Diphtherie schon jetzt wichtig; sie wird uns vielleicht bald auch bei Typhus, Ruhr und andern Krankheiten notwendig erscheinen. Das preussische Gesetz gestattet schon jetzt die Aufhebung der Isolierung bei Typhus und Ruhr nur dann, wenn die Stuhlentleerungen des Genesenden bei zwei, durch den Zeitraum einer Woche von einander getrennten bacteriologischen Untersuchungen sich als frei von den specif. Bacillen erwiesen haben. Dauert die Bacterienausscheidung an, so wird die Isolierung bis zu 10 Wochen aufrecht erhalten. Der Genesene wird dann erst freigegeben, aber auch jetzt noch als Bacillenträger beobachtet, und es wird für Desinfection seiner Ausleerungen Sorge getragen.

Ist nun die Art der Erkrankung zweifellos festgestellt, so ergiebt sich die Notwendigkeit, die nächste und fernere Umgebung des Kranken vor Infection zu bewahren, d. h. der Kranke ist in ein Krankenhaus zu bringen oder zu Hause nach Möglichkeit zu isolieren.

Meine H. Ich muss hier Gelegenheit nehmen, einen besonders wunden Punkt unserer Provinz zu berühren: die Stadt Reval und der Harriensche Kreis mit einer Bewohnerzahl von mehr als 100000 Menschen, wo in der Stadt allein im Jahre 1906 circa 700 Erkrankungen an acuten Infectionskrankheiten gemeldet, 134 Personen daran gestorben sind, hat nur am Colleg. der Allg. Fürsorge eine Infectionsabteilung von 16 Betten, deren primitive Einrichtung zudem den einfachsten Ansprüchen der Hygiene und Isolierung nicht entspricht!

Es ist mir nicht bekannt, ob in den Hospitälern der andern Kreisstädte Verkehrungen zur Aufnahme und Isolierung Infectionskranker bestehen; ich glaube aber nicht. Ich halte es für eine sociale Pflicht unserer Aerzteschaft, auf diesen beschämenden Uebelstand die zuständigen Behörden und Communen aufmerksam zu machen und Remedur zu verlangen.

Denn, m. H., die wohlhabendere Bevölkerung werden wir wohl zu Hause genügend isolieren können, den Mittelstand und den kleinen Mann in der Regel nur im Hospital. Verlangt doch eine wirksame Isolierung nicht nur ein gesondertes Zimmer mit gesondertem Ess- und Trinkbesteck, sondern auch eine Pflegeperson, die meist ohne besondere Cautelen mit Andern nicht in Berührung kommen darf. Wird nun der Kranke ins Hospital übergeführt, so ist zu verlangen, dass die Beförderung nicht mit einem dem öffentlichen Verkehr dienenden Vehikel geschieht, und es müsste in jeder Weise gegen die bisherige Lässigkeit in dieser Hinsicht energisch Front gemacht werden.

Auf dem Lande kommt meist weder Hospital noch wirksame Isolierung des Kranken in Frage; ich würde da zu Isolierung des ganzen inficierten Hauses raten, die ja bei unsern Streugehöften leicht möglich ist und die durch Anbringung von gelben Warnungstafeln und Laternen, wie sie das preussische Gesetz für bestimmte Fälle vorsieht, unterstützt wird. Mindestens ebenso wichtig, wie dieses Alles, ist die Desinfection am Krankenbett und die Schlussdesinfection.

M. H., Fortlaufende Desinfection während der Krankheit ist ein Terminus, der bis vor kurzem noch unbekannt war. Man glaubte, es genüge, den Kranken zu isolieren und nach abgelaufener Krankheit das Zimmer zu desinficieren. Es kann aber keinem Zweifel unterliegen, dass eine solche Desinfection viel zu spät kommt; die Absonderungen und Wäschestücke des Kranken haben die Keime längst schon an andere Orte verschleppt, wo die Schlussdesinfection nicht hinreicht, und darum muss die Desinfection womöglich am Krankenbett vom ersten Tage der Erkrankung an ununterbrochen gehandhabt werden. Eine richtige und consequente Anwendung der fortlaufenden Desinfection kann sogar unter Umständen die Schlussdesinfetion unnötig machen, und umgekehrt, wird die ganze Wirkung der Schlussdesinfektion durch Verabsäumen der fortlaufenden in Frage gestellt. Es ist daher zu verlangen, dass die Wäsche, die täglichen Gebrauchsgegenstände (Messer, Gabel, Gläser, Nachtgeschirr etc.) fortlaufend desinficiert werden, es müssen ferner bei Scharlach, Diphtherie, Genickstarre, Lungen- und Kehlkopftuberkulose der Nasen- und Rachenschleim, sowie die Gurgelwässer desinficiert werden; bei Ruhr und Typhus — die Stuhlentleerungen, bei Typhus auch der Urin, bei Kindbettfieber, Rotz und Milzbrand — die eitrigen Absonderungen und Verbandstoffe. Die Desinfection hat sich dabei nicht nur auf die Tücher und Gefässe zum Auffangen der Absonderungen zu beschränken sondern muss auch zufällige Beschmutzungen des Fussbodens, der Wände etc. berücksichtigen.

Die Anordnung, und Durchführung der Desinfection am Krankenbett müsste dem Arzt durch passende Merkblätter erleichtert werden, die er dem pflegenden Familiengliede zur Richtschnur übergiebt, wie es andererseits auch notwendig ist, dass das berufsmässige Pflegepersonal mit den Desinfectionsverfahren im Allgemeinen und bei den einzelnen Krankheiten im Speciellen vollkommen vertraut ist.

M. H. Die Desinfection während der Krankheit und die am Schlusse derselben ist ja nur dann von Wert, wenn sie

wirklich alle Keime tötet, wenn sie von geschulten Personen nach bewährter Methode ausgeführt wird. Lieber garkeine Desinfection als eine unzweckmässige und trügerische, die das Gefühl des sicheren Schutzes erweckt, um uns nachher grausam zu enttäuschen.

Eine zweckmässige Handhabung der Desinfection ist nur möglich, wo der Staat oder eine Commune sie centralisiert unter Vernichtung aller privaten Desinfectionsunternehmungen, wo die Commune die ganze Desinfection einer gewissenhaften ärztlichen Leitung unterstellt und sie nur durch geschulte, oft contrallierte Desinfectoren ausführen lässt. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Desinfection stehen wohl fest, die Methodik aber und die Art der Ausführung bei den einzelnen Krankheiten ist nicht für alle Zeiten festgenagelt sondern schreitet fort und wechselt mit der wachsenden Technik und unserem fortschreitenden epidemiologischen und bakteriologischen Erkennen. Darum sind feste Desinfectionsordnungen nötig, die nur von Zeit zu Zeit darauf zu prüfen sind, ob sie noch den fortgeschrittenen Anforderungen entsprechen. Alles Unsichere und Schwankende muss darin vermieden werden und nur auf absolut sicherem Fundament darf diese Schutzeinrichtung basieren, soll sie nicht zu einem verhängnisvollen Massenbetrug führen.

Die Anzahl der sicheren Desinfectionsmittel, die nach sorgfältigem Sieben nachbleibt, ist nicht gross:

- Lysollösung.
- Cresolseifenlösung (50,0 auf 1 lt. H_2O).
- Carbolsäure und Carbolsäureseifenlösung.
- Sublimatlösung.
- Kalkmilch (1 gebr. Kalk : 3 Wasser).
- Chlorkalkmilch (1 Chlorkalk : 5 Wasser)
- Formaldehyd.
- Wasserdampf.
- Auskochen in Sodawasser (¼ Stunde lang).
- Verbrennen.

Es erscheint leicht, diese geringe Zahl richtig zu handhaben. Je mehr man sich aber hinein vertieft, um so verwickelter wird die Sache, und nur auf Grund gewissenhafter Studien lässt sich eine zweckmässige Desinfectionsordnung ausarbeiten. Als Beispiel will ich nur das vielgebrauchte Formalin anführen, dessen Anwendung manchem so einfach erscheint, dass ein Kind damit fertig würde. Abgesehen von der richtigen Vorbereitung des Zimmers, verlangt die Formalindesinfection unbedingt einen Apparat, der zugleich mit dem Formalin das Zimmer mit Wasserdampf sättigt; der Gebrauch der Aesculaplampe und etwa eines Primus daneben ist durchaus zu verwerfen, da es schwer ist, festzustellen, ob genügend lange und intensiv Wasserdampf entwickelt wurde. Sie verlangt ferner eine Ausmessung des Zimmers und danach berechnete richtige Bemessung der Formalinmenge, die wiederum bei verschiedenen Lampen und bei verschiedener Desinfectionsdauer verschieden ist. Flügge verlangt 2,5 gr. Formalin pro cbm. bei 7-stündiger, 5 gr. bei 3-stündiger Desinfection, in Berlin werden nach Proskauer und Elsner 8 gr. Formalin pro cbm. verwandt. Sie sehen daraus, meine Herren, es genügt nicht, die einfache Anordnung: «holen Sie sich einen Apparat und so und soviel Pastillen aus der Apotheke, stellen Sie ihn im Zimmer angezündet auf und halten Sie den Raum 24 Stunden verschlossen». Es genügt nicht, wie es hier auf ärztliche Verordnung vorgekommen, 5 Formalinpastillen über einer gewöhnlichen Lampe zu verdampfen, ja es genügen die bei uns vorrätigen Lampen vielleicht überhaupt nicht zu einer wirksamen Desinfection.

Die Vereinheitlichung des Desinfectionsverfahrens durch Ausarbeitung einer Desinfectionsordnung wird nicht verfehlen, die besten Früchte zu tragen, grade sie aber würde den Mangel eines geschulten Personals noch fühlbarer machen. Die Desinfectorenschulen in Preussen, deren eine 1901 in Breslau gegründet wurde, haben sich bestens bewährt und sind zur Nachahmung dringend zu empfehlen. An diesen Schulen finden jährlich mehrere Desinfectorenkurse statt; jeder hat bis zu 10 Teilnehmer und dauert 9 Wochentage. Der Unterricht ist theoretisch und praktisch; an der Hand von Modellen, Abbildungen und andern Demonstrationsmitteln werden die Teilnehmer, meist einfache Leute aus dem Volk, mit Entstehung und Uebertragung der Infectionskrankheiten bekannt gemacht, und in der Desinfectionsanstalt lernen sie die praktische Durchführung der Desinfection. Die Kurse sind unentgeltlich, es wird aber eine Prüfungs- und Zeugnisgebühr von 11 Mk. 50 Pf. erhoben.

Die Einrichtung ähnlicher Kurse auch bei uns dürfte auf keine unüberwindlichen Schwierigkeiten stossen und würde uns in der zweckmässigen Seuchenbekämpfung von ausserordentlichem Wert sein. Es müssen aber auch für jede Kreisstadt und jeden Kreis einige Desinfectoren festangestellt und den städtischen und landischen Sanitätsärzten direct unterstellt werden.

M. H. Es wird von vielen Seiten als dringende Forderung aufgestellt, dass jegliche Desinfection unentgeltlich sei. Ich halte das wohl auch für erstrebenswert, glaube aber, dass in den Städten die besser situierte Bevölkerung ganz gern die Kosten selbst trägt und dass man auf dem Lande vielleicht doch die Gemeinde zu Zahlung wenigstens eines Teils der Kosten heranziehen könnte.

Wenn wir nun endlich noch die staunenswerten Unkenntnisse über Desinfection und Krankheitsverhütung in Betracht ziehen, wie sie nicht nur bei Ungebildeten sondern auch bei den sog. Gebildeten sich finden, so fügt sich als letztes Glied in die Kette der Seuchenbekämpfung die unermüdliche mündliche und schriftliche Aufklärung und die gedruckte Belehrung des Publikums durch kurze Merkblätter.

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. S. M. der Kaiser hat geruht, 15000 Rbl. dem Petersburger Stadthauptmann zur Verbesserung der Nahrung der ärmsten Bevölkerung anlässlich der Choleraepidemie zu überweisen (St. Pet. Zeitung Nr. 258).

— Als ein Mittel zur Verhütung der Weiterverbreitung der Cholera in St. Petersburg ist von der Stadtverwaltung die Eröffnung von Speisehallen in den einzelnen Stadtteilen zur unentgeltlichen Versorgung der armen Bevölkerungsschichten mit guter warmer Kost beschlossen, wozu die Stadtduma 40000 Rbl. bestimmt hat. Leider ist aber bis jetzt nur im Moskauer Stadtteil eine solche Speisehalle eröffnet worden.

— Wenn man die Zahl der Cholerakranken in den städtischen Hospitälern als Masstab für die Verbreitung der Epidemie nimmt, so kann man feststellen, dass die Epidemie eine Neigung zur Abnahme erkennen lässt. Vom 14. bis zum 15. September betrug die Zahl der Cholerakranken:

	Vorhanden	Hinzugekommen	Verstorben	Genesen	Verblieben
Obuchow-Männerhospital	276	43	9	12	293
» Frauenhospital	112	17	3	14	112
Peter-Paul-Hospital	170	24	7	15	172
Alexander-Hospital	237	30	14	22	231
Maria-Magdalenen-Hospital	131	36	13	16	128
Marien-Hospital	21	2	1	1	21
Botkinsches Barackenhospital	381	57	27	29	352
Wiborger Männerhospital	49	5	3	4	47
» Kinderhospital	66	14	7	5	68
Kalinkin-Hospital	142	16	7	25	136
Klinik des Prof. Tschistowitsch	51	1	1	—	51
Palais-Hospital	10	1	1	1	9
Putilow-Hospital	10	—	—	2	8
Elisabeth-Kinderhospital	9	2	—	—	11
Alafusow-Hospital	100	11	4	11	96
Obuchow-Fabrikhospital	3	1	1	—	3
Nikolai-Kinderhospital	4	—	3	—	1
Ssemenow. Militärhospital	62	1	—	4	59
Alexandrowsk. Fabrikhospital	6	2	1	—	7
Zellengefängnis	4	—	—	—	4
Nikolai-Militärhospital	2	—	—	—	2
Im ganzen	1816	263	102	161	1846
Seit Beginn der Epidemie, d. h. seit 20 Tagen		5210	1977	1387	1846

— In Kronstadt erkrankten an der Cholera vom 9. bis zum 13. September 33, starben 22.

— Im Gouvernement St. Petersburg erkrankten an der Cholera vom 12. bis zum 15. September 152, starben 23.

— Zur Bekämpfung der Cholera hat die Verwaltung des St. Petersburger Verkehrsbezirks vorgeschrieben, die Zahl der Aerzte an den Ladoga-Kanälen bedeutend zu vermehren und sie mit den gehörigen Mitteln zu versehen. Auf die Verbesserung der Lebensbedingungen der Schiffsarbeiter in sanitärer Hinsicht soll besondere Aufmerksamkeit verwandt werden.

— Choleralymphe wird, wie das Kaiserliche Institut für Experimentalmedicin in Anbetracht der Gerüchte über Erschöpfung des Vorrats mitteilt, von diesem Institut in so grosser Menge hergestellt, dass sie nicht nur für Petersburg, sondern auch für alle anderen städtischen und Landschaftsinstitutionen ausreicht. Um diese Lymphe zu erhalten, hat man sich an die Kanzlei des Instituts (St. Petersburg, Apotheker-Insel, Lopuchinskaja 12) zu wenden.

— Verbreitung der Cholera in Russland vom 5. bis zum 11. September:

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Vom Beginn der Epidemie Starben
Gouv. Astrachan	103	54	8. Juli	1641	781
» Ssaratow	101	57	8. »	1189	694
» Ssamara	233	85	16. »	848	381
» Ssimbirsk	23	1	18. »	97	42
» Nishnij-Nowgorod	59	23	24. »	661	278
» Kasan	24	11	23. »	156	60
» Kostroma	34	18	2. Aug.	155	73
» Jaroslaw	69	31	6. »	174	82
» Twer	16	7	10. »	20	9
» Ufa	7	3	28. Juli	14	9
» Kaluga	1	1	9. Sept.	1	1
» Rjasan	2	1	24. Aug.	9	4
» Orel	20	13	16. »	28	18
» Moskau	3	1	6. »	10	5
» Tambow	2	1	22. »	65	28
» Kursk	12	2	14. »	22	19
» Poltawa	29	14	19. »	79	41
» Kiew	50	16	12. »	201	65
» Smolensk	2	2	2. Sept.	3	3
» Tschernigow	11	2	23. Aug.	14	3
Stadt Odessa	3	2	1. Sept.	11	6
Stadthauptmannschaft Kertsch	12	6	13. Aug.	53	31
Stadthauptmannschaft Rostow a. Don	59	30	19. Juli	1089	489
Gebiet der Don-Kosaken	330	164	22 »	2182	950
Stadthauptmannschaft Baku	47	27	25 Juli	147	75
Kuban-Gebiet	139	92	26. »	508	291
Gouv. Jelisawetpol	154	105	30. Aug.	154	105
Terek-Gebiet	14	11	13. Aug.	41	24
Gouv. Tiflis	20	23	8. »	138	78
Ural-Gebiet	91	57	10. »	614	337
Transkaspisches Gebiet	13	6	6. »	13	8
Gouv. Minsk, Stadt Mosyr	1	—	8. Sept.	1	—
Stadt Riga	1	1	11. »	1	1
» Warschau	1	1	9. »	1	1
Im Ganzen *)	1686	868		10340	4992

Gegen 1873 Erkrankungen und 973 Todesfälle der vorigen Woche ist also doch eine beträchtliche Abnahme der Epidemie zu bemerken.

— Der Ministerkonseil hat sich mit dem Antrage des Ministers des Innern, eine zweite allrussische Volkszählung zu Ende des Jahres 1910 vorzunehmen, einverstanden erklärt. Der vom Ministerium verlangte Kredit im Betrage von 8 Millionen Rbl. ist nur um eine halbe Million reduciert worden. Im Statistischen Zentralkomitee ist man augenscheinlich überzeugt, dass der Beschluss des Ministerkomitees auf legislativem Wege angenommen werden wird, und man spricht auch schon von der Miete eines Lokals für die bevorstehenden statistischen Arbeiten. Die Miete des Hauses am Kasatschi Pereulok für die Arbeiten bei der ersten Volkszählung betrug 36000 Rubel, im Laufe von 8 Jahren also 288000 Rbl. Diese Nachricht, die wir der «St. Petersburger Zeitung» (Nr. 256) entnehmen, kann nicht anders als freudig begrüsst werden, denn die Vornahme einer Volkszählung ist ein Culturwerk, und jede neue Volkszählung bedeutet einen Schritt weiter in der Civilisation. Die letzte, 1897 in Russland vorgenommene, eintägige, allgemeine Volkszählung, bei der das riesige Material nach den mannigfaltigsten Gesichtspuncten gesichtet wurde, hat zu überaus wertvollen und interessanten häufig aber auch zu recht traurigen Ergebnissen geführt, indem hierbei der niedrige Culturzustand des Volkes, seine Armut und Bedürfnislosigkeit, die mangelhafte Bevölkerung der grossen Landfläche und zahlreiche sanitäre und andere Misstände zu Tage traten, zu deren Abschaffung bis jetzt so gut wie gar nichts geschehen ist. Es wäre wohl wünschenswert, dass wenn bei einer neuen Volkszählung, die möglichst bald ausgeführt werden müsste, sich dieselben Misstände offenbaren sollten, woran übrigens kaum zu zweifeln ist, etwas mehr zu ihrer Abschaffung geschehe wie einst, denn sonst verliert ein solches Werk jeden practischen Wert und bietet nur ein theoretisches Interesse. F. D.

— Moskau. Die starke Verbreitung der Cholera in Petersburg hat die Moskowiter auf manche sanitären Uebelstände in ihrer Stadt aufmerksam gemacht und sie aus ihrer traditionellen Sorglosigkeit etwas aufgerüttelt. Man scheint dort anzufangen, auf die Umsetzung der sanitären Vorschriften, die auf dem Papier vorhanden sind, in die Praxis hinzuwirken — allerdings unter dem Einflus der Furcht vor der Cholera.

*) Ausser dem Gouv. St. Petersburg und der Residenz.

— In Moskau ist die Flecktyphusepidemie im Zunehmen begriffen, und in den Hospitälern soll sich schon ein Raummangel bemerkbar machen.

— In Reval sind laut einer Nachricht der «St. Pet. Zeitung» bereits zwei Choleraerkrankungen constatiert, und zwar handelte es sich neulich um einen Schüler der Pawlowschen Militärschule in Petersburg, der schon aus Petersburg mit einer Magenstörung abgereist war. Der Verlauf der Erkrankung soll ein leichter sein. Die Diagnose ist bacteriologisch festgestellt. Ein anderer Zögling derselben Schule, der ebenfalls schon in Petersburg krank war, soll seine Reise über Reval nach Hapsal fortgesetzt haben. Eine ärztliche Ueberwachung dieses letzteren bei seiner Ankunft in Hapsal wäre wohl dringend geboten. (d. Red.).

— Warschau. Am 9. Sept. wurde hier die erste Choleraerkrankung bei einer Frau constatiert, die aus Petersburg angereist war. Später soll noch ein zweiter Kranker in das Wolaer Hospital eingeliefert worden sein. Gegen die Verbreitung der Krankheit sollen «umfassende Massnahmen» ergriffen worden sein.

— Aus dem Astrachanschen Gouvernement wird gemeldet, dass die Bauern sich gegenüber den wegen der Choleraepidemie dorthin comandierten Aerzten sehr mistrauisch und zuweilen sogar direct feindselig verhalten. Die alte Mär, die Cholera werde unter dem Volke durch die Aerzte verbreitet, ist wieder im Umlauf. «Eine alte Geschichte, doch bleibt sie ewig neu». So war es 1830, in den 60-ger, in den 90-ger Jahren und so ist es auch jetzt. Und fragt man nach dem Entstehungsgrund dieser Gerüchte, so lautet die Antwort darauf: es ist derselbe wie der der Choleraepidemie — Uncultur. F. D.

— Finnland. Auf dem Ssaimakanal ist ein Fall von Choleraerkrankung constatiert worden.

Der Wiborger Gouverneur hat die Verordnung erlassen, dass an die Küste des Gouvernements keinerlei aus Petersburg kommende Schiffe zugelassen werden sollen, wenn sie keine Bescheinigung darüber vorweisen, dass sie an den Choleraobservationspuncten Björke und Wammelsuu besichtigt worden sind. Alle aus Petersburg eintreffenden Züge unterliegen an der Grenze einer ärztlichen Besichtigung und jeder verdächtige Kranke wird aus dem Zuge entfernt und isoliert.

Die Stadtverwaltung von Helsingfors hat 12500 Mark zur Ergreifung von Massregeln zur Verhütung der Cholera bestimmt.

Die finnländische Eisenbahnverwaltung hat dem Gesuch des Gouverneurs von St. Michel inbetreff der Bereithaltung eines speciell hergerichteten Waggons zur event. Aufnahme von Cholerakranken während des bevorstehenden Jahrmarkts in Nyslot Folge geleistet.

— Schweden. Im Hinblick auf die Möglichkeit einer Einschleppung der Cholera aus den finnischen Gouvernemets Wiborg, Nyland und Åbo-Björneborg so wie der Ålandinseln (wo übrigens bis jetzt keine einzige Choleraerkrankung constatiert worden ist, hat die schwedische Regierung verfügt, dass alle aus diesen Gegenden kommenden Schiffe einer ärztlichen Besichtigung in den hierfür in Schweden bestimmten Puncten unterworfen werden.

— Paris, 17. (4.) September. Der Sanitätskonseil hat dem Minister des Innern vorgeschlagen, nachstehende Massregeln gegen die Einschleppung der Cholera zu treffen: 1) von allen aus russischen Häfen kommenden Schiffen einen Ausweis über den auf ihnen herrschenden Gesundheitszustand zu verlangen; 2) alle aus Russland eintreffenden Personen einer medicinischen Untersuchung und nachfolgenden Beobachtung zu unterziehen.

— Laut einem Telegramm der «Retsch» soll in Berlin eine choleraverdächtige Erkrankung constatiert worden sein. Es handelte sich um eine Dame, die aus Petersburg nach Berlin gekommen und dort erkrankt war.

— Wien. Zur Verhütung einer Einschleppung der Cholera hat die Regierung, abgesehen von der Besichtigung an der Grenze, eine fünftägige sanitäre Beobachtung der aus Russland eintreffenden Reisenden und die Ergreifung aller im Kampf gegen die Cholera wirksamen Massregeln angeordnet.

— Constantinopel. Die türkische Regierung hat die Verfügung getroffen, dass Pilger, die aus Russland auf dem Landwege oder auf Segelschiffen in die Türkei reisen, nicht über die türkische Grenze gelassen werden.

— Triest. Da seit der Isolierung des Dampfschiffs Franz Ferdinand keine neue Pesterkrankungen vorgekommen und die Incubationsperiode abgelaufen ist, so ist laut Erklärung der Hafenadministration die Gefahr der Pesteinschleppung als beseitigt zu betrachten.

— Hochschulnachrichten: der Director des Weiblichen Medicinischen Instituts Professor Ssalaskin antwortete auf die zweimalige Aufforderung des Unterrichtsministeriums, ihm die Namen der Professoren zu nennen, die irgend einer Partei angehören, dass er seine Aufgabe als Director der Kurse darin sehe, nur über das academische Leben des Instituts zu wachen; zur Feststellung der Parteiangehörigkeit der Professoren verfüge das Ministerium über genügend Beamten der Staatspolizei. (St. Petersburger Zeitung Nr. 258).

— Personalien — Ernannt: der Oberarzt des Militärhospitals in Dwinsk (Dünaburg) Wirkl. Staatsrat Pljaschkewitsch zum Oberarzt des Militärhospitals in Wilna. — Verabschiedet: der Oberarzt der Michael-Artillerieschule, wirkl. Staatsrat Mitropolskij und der Divisionsarzt der 29. Infanteriedivision Staatsrat von Böhlendorf, beide auf eigenes Ersuchen.

— Gestorben: 1) Am 4. September in Moskau Dr. Nicolai Petroff, geb. 1846, Arzt seit 1868. 2) Am 4. Sept. in St. Petersburg Dr. J. P. Subkowskij, geb. 1847, Arzt seit 1871. 3) Am 8. Sept. in St. Petersburg Prof. Dr. A. Tauber, geb. 1847, Arzt seit 1874. Der Verstorbene war früher Professor der operativen Chirurgie in Warschau und wurde bei Eröffnung des weiblichen medicinischen Instituts in St. Petersburg hierher auf denselben Lehrstuhl berufen. Er verfasste das Werk «Die modernen chirurgischen Schulen» (Sowremennyja schkoly chirurgii) und redigierte später das Journal «Woenno-medizinskij Journal». 4) In Warschau Dr. O. Borkenhagen, geb. 1837, Arzt seit 1864 und 5) Dr. Jos. Muschkat, geb. 1865, Arzt seit 1893. 6) Am 15. Sept. in St. Petersburg Prof. Dr. N. Gundobin, geb. 1860. Nach Absolvierung der med. Facultät an der Universität zu Moskau war der Verstorbene als Ordinator an der pädiatrischen Universitätsklinik tätig, darauf siedelte er nach St. Petersburg über, wo er anfangs am Findelhause und am Institut für experimentelle Medicin arbeitete. Vor 11 Jahren wurde er als Professor der Kinderheilkunde an die hiesige Militär-medicinische Akademie berufen und auf diesem Posten verblieb er bis zu seinem Tode. Er hat zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht und aus seiner Klinik sind recht viele tüchtige Doctordissertationen hervorgegangen.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 30. Sept. 1908.

Tagesordnung: Dobbert: Der «verstärkte Wundschutz» im Lichte einer Serie von 500 Laparotomien.
Hesse: Ueber schädigende Wirkungen der Roentgenstrahlen und über Schutzmassregeln dagegen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 22. Sept. 1908.

Tagesordnung: A. Ucke: Ueber Fettfärbung.



PRODUKTE aus den **NATÜRLICHEN** dem **Wasser entzogenen SALZEN**

VICHY ÉTAT — **VICHY** — VICHY ÉTAT

DIE QUELLEN GEHÖREN DER FRANZÖSISCHEN REGIERUNG

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Pastillen nach dem Essen fördern die Verdauung.

SEL VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Verdauungs-Wassers

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Alkalisch-brausenden Wassers.

SEL *und* COMPRIMÉS *müssen in gekochtem, abgekühltem Wasser aufgelöst werden.*



Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup

„CALIFIG"

(Name gesetzlich geschützt)

wird von den Herren Aerzten als zuverlässiges, angenehmes, leicht und sicher wirkendes Abführmittel empfohlen, welches dank seinem angenehmen Geschmack besonders für die Frauen- und Kinderpraxis geeignet ist. Hat keine schädlichen Nebenwirkungen. Die Gebrauchsart ist bei jeder Flasche angegeben.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herren Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau . . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau . . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/82 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gescn. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:

Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:

Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:

Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:

Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Apotheker, Warschau,** Marszalkowska 136. **Ad. Marcinczik, Apotheker, Kiew. Paul Seebode, Apotheker, Riga,** Kalkstr. 26. **B. Schaskolsky, Petersburg, Carl Ferrein, Moskau.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) —62.

ARHOVIN

Dr. Horovitz.

Vorzügliches Präparat zur INTERNEN und externen Behandlung der

= GONORRHOE =

Wichtiges Prophylaktikum gegen Gonorrhoische Gelenkentzündungen und Endocarditiden.

Medikation-Intern. Arbovin 0,25 in capsl. gelat. S. 3—6 Mal tägl. 1—2 Capseln.
Medikation-extern. Sol. Arhovini in ol. Provincial, 5%, S. 2—3 Mal tägl. pro Inject. Bacill. Arhovini 6%. Im Verkauf Caps. Arhovini à 30 u. 50 Stück im Origin. Bacilli Arhovini und Arhovini liquid.

PYRENOL

Dr. Horovitz.

Wichtiges Antipyreticum, Expectorans und Antirheumaticum

= SPECIFICUM =

gegen Pertussis, Influenza, Asthma bronchiale.

Ordination: für Kinder pro Dose 0,1—0,5, für Erwachsene 0,5—1,5 — 3—4 Mal tägl., in Form von Pulvern, Tabletten oder Mixtur mit Sir. Rubi Idaei oder Aquae Menthae. Im Handel in Original à 10,0—25,50 0—100,0 oder in Tabletten.

Literatur franko und gratis durch Provisor: **E. JÜRGENS, Wolchonka, Moskau.** — GOEDECKE & Co. Chemische Fabrik, Leipzig.



Styptol

Uterines Hämostatikum und Sedativum.

Dosis: 3 mal täglich 2—3 Tabletten à 0,05 g.
Rp.: 1 Original-Röhrchen Styptoltabletten (Knoll) u 0,05 g № XX.

(Neutrales phtalsaures Cotarnin).

(82) 26—4 (Literatur und Proben kostenlos durch R. Otto jr., Moskau).

KNOLL & Co., Ludwigshafen im Rhein.

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechsel-Kontrolle), **Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie; Mastkuren; Elektro- und Hydrotherapie in allen Formen. April — Dezember.** Prospekte.

Dr. C. Dapper Kgl. Preuss. Professor Kgl. Bayr. Hofrat. — Dr. E. Jürgensen. (67) 14—14.

MARIENBAD (Böhmen).

Marienbader Brunnen-Pastillen.
Säuretilgend. Schleimlösend. Chron. katarrhalische Affektionen der Schleimhäute, besonders des Respirations- und Verdauungstraktes. Sodbrennen. Magenkrampf. Heiserkeit.

Marienbader natürlicher Brunnensalz.
Magenkatarrh. Leichtes und sicheres Purgativ. Stuhlverstopfung. Verdauungsstörung. Verminderung des Körpergewichts. Darmkatarrh. Hämorrhoiden.

Marienbader Mineralwasser-Versendung Marienbad Böhmen.
(86) 10—10. Man verlange nur Marienbader **natürliches** Brunnensalz.

Dr. Navrátil's.

Sanatorium „Bellaria" in Arco,

der wärmsten klimatischen Station Süd-Tyrols, für chronisch Kranke, Rekonvaleszenten etc.

Prospekte u. jegliche Auskunft auf Wunsch.

Dr. Emmerich's Sanatorium B.-Baden Gegr. 1890
f. Nerven
Morphium- etc.
Alkohol-Kranke.
Mildeste Form d. Morph. Entz. ohne Zwang unter sof. Wegfall der Spritze i. 4—6 Woch. Alkohol-Entwöhn. n. erpr. Verfahr. Prosp. kostenl. 2 Ärzte. Bes. u. dir. Arzt Dr. A. Meyer.



Bei **VERDAUUNGS-STÖRUNGEN** sind

Abführungs-Pillen „ARA"

einzunehmen. (74) 0—7.

Schachtel 95 Kop.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung **ganz umsonst versandt.**

Wiesbaden

Das ganze Jahr geöffnet. **Augusta Victoria Bad** **Gesündeste Lage.**

Renoviert 1908. (102) 16—8.

Durch gedeckte heizbare Uebergänge verbunden mit der **Hotel Kaiserhof.**

Anstalt zur Ausübung **sämtl. physikal., medizin. und chirurg. Heilmethoden.** — Klin. und ambulante Behandlung. — Eigene Thermalquelle. — Dampf- und Heissluft-Bäder. — Hydrotherapie. — Moorbäder. — Elektrotherapie. — Kataphoretische Anlagen. — Vollständiges Zanderinstitut (Original). — Inhalatorium. — Pneumat. Kammer. — Röntgenabteilung. — Operationssaal etc.

Aerzte: San.-Rat **Dr. C. Mayer. Dr. Albert Stein,** Chirurg.-orthop. Abt. früh. früher an d. Bergmann'schen u. Hoffa'schen Klinik.

Prospecte durch die Direction.

SPERMINUM-POEHL

Erfolgreich angewandt bei **Neurastenie, Marasmus senilis, Blutarmut, Rachitis, Podagra, chron. Rheumatismus, Syphilis, Tuberkulosis, Typhus, Erkrankungen des Herzens** (Myocarditis, Herzverfettung), **Nephritis, Hysterie, Tabes dorsalis, Paralysis progress., Impotentia** etc. und für **Rekonvaleszenten.**

Beste Urteile erster medizinischer Autoritäten.
Die höchsten Auszeichnungen (Grand Prix) auf allen Ausstellungen.

Präparate:	Anwendungsweise:
Essentia Spermini-Poehl pro uso interno.	3 mal täglich eine halbe Stunde vor dem Essen 30—35 Tropfen in alkalischem Wasser (Vichy).
Sperminum-Poehl pro injectione, 2% sterilisierte Lösung in Glasampullen eingeschmolzen.	1—2 Amp. täglich.
Sperminum-Poehl sicc. pro clysm.	Bleibklysmen 1—2 mal täglich, einen Röhrcheninhalt in 100 ccm heissen Wassers.

Literatur gratis und franko vom (13) 12—6.

Organotherapeutischen Institut

Prof. Dr. v. Poehl & Söhne

St. Petersburg, Russland.

Vor Nachahmungen und Verfälschungen wird dringend gewarnt.



REIBOLDSGRÜN

700 m. über dem Meere

im Sächsischen Vogtland. — Bahnstation Auerbach.

Heilanstalt für Lungenkranke.

Behandelnde Aerzte: Hofrat Dr. Wolff, Dr. Sobotta und Dr. Baer.

Herrliche abgeschlossene Lage inmitten von Fichtenwaldungen. Special. Kehlkopfbehandlung.

Entfernung von: Berlin 6 Stunden.
Dresden 4 Stunden.
Karlsbad 3 Stunden.

(114) 26—3.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins.

Maximilianowsky Pereulok, 11.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege notwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Lager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags v. 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden Redakteur Dr. **F. Dörbeck** in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechst. Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 39 St. Petersburg, den 27. September (10. October). **1908.**

Ueber die Beziehungen der practischen Aerzte zur Psychiatrie.

Von

Dr. med. Wilh. Stieda. Mitau.

Vortrag, gehalten auf dem I. Kurländischen Aerztetag in Mitau.

M. H.! Es giebt wohl kaum ein Gebiet der Medicin, das dem practischen Arzt so fern zu liegen scheint, wie das der Psychiatrie.

Bis vor kurzem war die Psychiatrie z. B. in Deutschland nicht einmal Prüfungsfach, und es giebt dort viele Mediciner, die nie in ihrem Leben ein Lehrbuch der Psychiatrie durchstudiert und höchstens aus Neugierde ein Mal in ein psychiatrisches Colleg hineingeguckt haben.

Bei uns zu Lande ist es damit etwas besser bestellt, da die Psychiatrie schon seit Jahren als ein obligatorisches Prüfungsfach gelesen wird und jeder Arzt im Staatsexamen darin geprüft wird.

Aber was bleibt davon nach?

Im practischen Leben begnügt sich der Arzt damit, zu constatieren, dass ein Kranker geisteskrank, „reif fürs Irrenhaus" ist und sucht ihn dann baldmöglichst los zu werden, wenn irgend möglich, in eine Anstalt zu schaffen. Dazu braucht er nur wenig von den auf der akademischen Lehrbank erworbenen psychiatrischen Kenntnissen, und so kommt es denn bald dazu, dass eine „atrophia ex inactivitate" eintritt, wie mit so manchem, was wir auf der Universität gelernt haben.

Einige Kenntnisse über die progressive Paralyse, vielleicht über epileptische Dämmerzustände, einige allgemeine Begriffe über manische, melancholische, paranoische Zustandsbilder, über senile Demenz und Delirium tremens bleiben nach, im übrigen aber bildet das weite Gebiet der geistigen Erkrankungen ein unbekanntes Land, in das sich nur selten jemand wagt.

Unterdessen schreitet die Wissenschaft vorwärts, der practische Arzt merkt es daran, dass es ihm nur mit Anspannung aller Kräfte gelingt, sich auch nur einigermassen auf dem Laufenden zu erhalten, neue Heilmethoden werden entdeckt, ganz neue Zweige der Wissenschaft, wie die Serologie, die Lehre von den Röntgenstrahlen entstehen.

Was die Psychiatrie anlangt, so hört man da einige neue Schlagworte, wie Dementia praecox, manisch-depressives Irresein, im Uebrigen werden nach wie vor nur wenige Kranke dauernd geheilt, es wird ebenso wie früher — oder vielleicht noch mehr — über Mangel an Anstalten geklagt, hier und da hört man im Publicum und in der Presse über Missstände in Irrenanstalten, über eine Entweichung, einen Selbstmord — — alles ebenso, wie es früher war.

Für den im Leben stehenden Arzt scheint auf dem Gebiet nur wenig Fortschritt zu sein, für ihn *scheint* die Psychiatrie nur wenig practisches Interesse zu bieten.

Es *scheint*, m. H., aber es *ist* nicht so! Es *scheint* auch nur so, als ob in der Psychiatrie seit anno dazumal ein Stillstand vorhanden ist, als ob die Psychiatrie hinter der übrigen Medicin zurückgeblieben ist, es *ist* aber nicht so!

Gerade jetzt befindet sich die Psychiatrie in einem Stadium der eifrigsten Arbeit, des eifrigsten Fortschrittes. Auf allen Gebieten zeigen sich frische Triebe, Altes wird gestürzt, Neues aufgebaut und zum Neubau alles Rüstzeug benutzt, das die übrigen Zweige der Medicin liefern können bis zu den feinsten Feinheiten der serologischen Forschung inclusive.

Aber — wo Neues gebaut wird, da braucht man auch viele Arbeiter, und das ist es, was mich u. a. bewogen hat, heute hier vor Ihnen zu sprechen. Die Psychiatrie von heutzutage braucht die Mitarbeiterschaft des practischen Arztes, denn sie will über die Mauern der Irrenanstalt hinauswirken, sie will nicht nur geistig Kranke behandeln oder gar nur unschädlich machen, sondern sie will die Ursachen der geistigen Krankheiten erkennen, und will sie womöglich im Keime ersticken, die Erkrankungen verhüten. Dazu aber braucht sie, wie gesagt, die Hülfe aller Aerzte.

Und noch ein zweiter Umstand ist es, der mich veranlasst hat, heute vor Ihnen zu sprechen. In den letzten Jahren sind in unseren Ostseeprovinzen mehrere neue Irrenanstalten entstanden, die, wie wir hoffen, mit der Zeit noch wachsen werden. Dadurch wird nun an jeden von Ihnen viel eher die Gelegenheit herantreten, mit Irrenanstalten und Irrenärzten in Beziehung zu treten.

Und da wollte ich Ihnen denn darlegen, was wir und unsere Specialwissenschaft Ihnen bieten können und was wir von Ihnen und Ihrer Hülfe erwarten.

In rein therapeutischer Beziehung kann die Psychiatrie verhältnissmässig ja nur wenig bieten. Es liegt in der Natur der geistigen Erkrankungen, die wir ja zumeist als Erkrankungen des Gehirns ansehen, dass die therapeutischen Erfolge hier nie so vollständig sein werden, wie auf anderen Gebieten der Heilwissenschaft. Wenn Sie eine Spitzentuberkulose zur Heilung bringen, wenn Sie einen Leberabscess operieren, so entsteht eine Narbe, die den Pat. nicht hindert, seine volle Functions- und Arbeitsfähigkeit wieder zu erlangen. Er gilt als vollkommen geheilt.

Wenn sich aber nach einer acuten geistigen Erkrankung ein Defectzustand ausbildet, ein „psychisches Narbenkeloid", wie sich ein Psychiater einmal etwas hochtrabend ausgedrückt hat, so gilt der Mensch eben noch immer als geisteskrank und ist social unbrauchbar, vielleicht sogar anstaltsbedürftig. Es geben ja nicht alle geistigen Erkrankungen solche Defectzustände, es giebt Psychosen, die voll und ganz ausheilen können, aber — für die Mehrzahl gilt ja wohl das oben Gesagte, wenn sie nicht gar eine noch schlechtere Prognose geben, wie die progressive Paralyse.

Giebt die Psychiatrie uns so auch nur verhältnismässig selten Gelegenheit, eine vollkommene Heilung, eine vollkommene restitutio ad integrum zu erzielen, so ermöglicht sie es uns doch, in anderer Art und Weise dem Kranken und seiner Umgebung nützlich zu sein. Indem wir die Krankheit rechtzeitig erkennen und zweckentsprechend behandeln, können wir den Kranken und seine Umgebung vor manchem Schaden bewahren. Und in gewissem Sinne können wir auch den Ablauf der Geisteskrankheit beeinflussen.

Solche wilde und sinnlose Erregungszustände, wie in den alten Tobhäusern, kommen in modernen Irrenanstalten nur mehr selten vor. An Stelle der Zwangsjacken und der Tobzellen sind Bettbehandlung und Bäderbehandlung getreten, damit aber fallen mannigfaltige Ursachen, die die Prognose auch der heilbaren Fälle trübten, wie Verletzungen, Eiterungen, Erschöpfung etc. weg, und die Arbeitsbehandlung hilft uns, den letzten Rest der Arbeitsfähigkeit und socialen Brauchbarkeit unserer Patienten zu erhalten und auszubilden. Gar mancher Kranke mag früher in der Zelle verkommen und verwildert sein, der jetzt in einer modernen Anstalt sich in kleinem Kreise noch als ein nützliches Glied der Gesellschaft erweist, ja, nach Ablauf des acuten Stadiums vielleicht gar fähig wird, unter gewissen Cautelen draussen zu leben und zu arbeiten.

Um aber das alles zu erreichen, bedarf es der möglichst frühzeitigen Aufnahme in die Irrenanstalt. Je länger eine beginnende Geisteskrankheit unerkannt bleibt, desto mehr giebt sie Gelegenheiten zu allen möglichen Zusammenstössen des Kranken mit der Aussenwelt, die ihm im Falle des günstigen Verlaufes der Erkrankung später den Wiedereintritt ins bürgerliche Leben nur erschweren.

Nur ja nicht warten, bis der Kranke für die Irrenanstalt „reif" wird!

Es ist ganz falsch, anzunehmen, dass ein besonnener Geisteskranker durch seine Umgebung im Irrenhause „ganz verrückt" werden kann! Wenn das der Fall wäre, so könnten wir ja nie einen Kranken aus der Anstalt geheilt entlassen, denn er müsste ja immer wieder von neuem schlechter werden.

Was die Technik der Ueberführung anlangt, so gilt im allgemeinen als Regel, keinen Betrug dabei anzuwenden. Es ist so beliebt, den Kranken unter dem Vorwande eines Besuches, einer Spazierfahrt in die Anstalt zu locken. Meist merkt der Kranke bald den Betrug und tritt nun von Anfang an seiner Umgebung mistrauisch und feindlich gegenüber. Statt Betrug lieber offene Gewalt!

Ein besonnener Geisteskranker wird meist freiwillig der Gewalt weichen, wenn er von vornherein sieht, dass eine Uebermacht ihm gegenüber steht. Solche Situationen wird Ihnen jeder Irrenarzt in Menge schildern können.

Ein Beispiel für viele:

Ein Pat. wird von seinem Onkel unter einem falschen Vorwand in unsere Anstalt gelockt. Ich erkläre ihm, dass wir ihn für krank halten und dass er deswegen bei uns, in der Anstalt bleiben müsse. Er wird wütend, schreit, droht jeden zu zerschmettern, der ihm in die Nähe kommt — da treten auf meinen Wink 4 Pfleger auf und — der Kranke folgt ihnen willig, wenn auch unter Protest auf die Abteilung, ohne auch nur den geringsten Widerstand zu leisten. Dabei hatte er einen geladenen Browning in der Tasche, mit dem er uns alle hätte über den Haufen schiessen können. Dieser Kranke hat in der Folgezeit selbst in den unruhigsten Tagen nie einen Arzt auch nur angerührt, obgleich ich ihm mehrfach gesagt habe, dass ich ihn für geisteskrank halte. Den Onkel aber, der ihn unter falschen Vorspielungen ins Irrenhaus gelockt hatte, verfolgt er noch heutigen Tages mit seinem wildesten Hasse.

Ist der Kranke hochgradig schwachsinnig, so wird es in keinem Falle grosse Schwierigkeiten kosten, ihn in die Anstalt zu schaffen. In Fällen elementarer Erregung und Verwirrtheit kann ich durchaus die Injection von Hyoscin empfehlen und zwar nicht zu kleiner Dosen. Die russische Maximaldose von $^1/_2$ Milligramm ist entschieden zu klein.

In solchen Fällen lohnt es sich kaum, weniger als 2 Milligramm zu geben, im Notfalle sogar mehr. Schädliche Folgen habe ich nie gesehen, obgleich ich viele Hunderte von Injectionen gemacht habe, obgleich ich Kranke wochenlang tagtäglich mit dieser Dose behandelt habe. Wohl hat das Mittel einige subjectiv unangenehm empfundene Nebenwirkungen für den Pat., wie ein Gefühl der Lähmung im Beginn der narkotischen Wirkung, ein Kratzen im Halse und starkes Durstgefühl nachher, aber dafür haben die Kranken doch

meist das Gefühl, dass es ein medicinischer Eingriff ist und nicht nur roher Zwang.

Um aber für rechtzeitige Aufnahme Geisteskranker sorgen zu können, muss es genügend Anstalten geben, und damit ist es freilich bei uns in den Ostseeprovinzen noch schwach bestellt.

Dr. Hildebrand hat Ihnen ja die Lage der Irrenfürsorge in Kurland geschildert. Ich möchte nur zusammenfassend wiederholen: wenn wir die ganz veralteten und menschenunwürdigen Irrenabteilungen der Krankenhäuser des Collegiums der Allg. Fürsorge mitrechnen, haben wir in den 3 Ostseeprovinzen zusammen kaum Tausend Anstaltsplätze, so dass etwa auf 1400 Einwohner ein Anstaltsplatz kommt. Zum Vergleich führe ich noch einmal an, dass in Deutsch-Oesterreich ein Anstaltsplatz auf ca. 1000 Einwohner kommt, in Deutschland auf 524, in der Schweiz sogar auf 320, in einzelnen Cantonen der Schweiz gar nur auf kaum 200 Einwohner!

Hier in diesem Punkt kann uns Ihre Mitarbeiterschaft, m. H.! viel nützen.

Wir Psychiater sind ja hier zu Lande nur wenige, Sie aber sind viele. Gehen Sie hinaus und tragen Sie die Kunde, dass bei uns noch zu wenig, viel zu wenig Irrenanstalten sind, bis in weite und weiteste Kreise. Ihre Stimme wird man überall, in den Städten und auf dem flachen Lande, in den Kreisen und in Vereinen hören.

Es wird ja in letzter Zeit viel davon geredet, dass unsere Ostseeprovinzen eine Landschaftsselbstverwaltung, eine „Semstwo" bekommen sollen.

Wenn es dazu kommt, so wird eine der vornehmsten Sorgen der Selbstverwaltung die Krankenfürsorge sein. Dann wird es an Ihnen sein, Ihre Stimme zu erheben, jeder in seinem Gebiet, dafür, dass auch für unsere Kranken genügend gesorgt wird.

Was auf diesem Gebiet in den letzten Jahren geschehen ist, ist zum grossen Teil privater Initiative zu verdanken, unserem Adel und den Vereinen für Irrenfürsorge. Dann aber wird es Pflicht der gesammten Bevölkerung sein, und jeder wird mit dazu beitragen können.

Ich habe darauf hingewiesen, dass die Anstaltsbehandlung den Ablauf der geistigen Erkrankungen beeinflussen, ihn milder gestalten, die event. nachbleibenden Defecte geringer machen kann. Die Psychiatrie hat aber noch eine andere grosse Aufgabe: sie soll, wo irgend möglich, Geisteskrankheiten verhüten.

Dazu reichen die Anstalten nicht aus, dazu bedarf es vor allem auch der Mitarbeiterschaft aller Aerzte.

Wie können wir aber überhaupt Krankheiten verhüten?

Wir können es nur dann, wenn wir Wesen und Ursachen der Krankheiten kennen. Bei einem Teil der Geisteskrankheiten trifft das auch zu.

Alkohol und Syphilis sind die zwei grossen Schädlichkeiten, die uns einen bedeutenden Procentsatz unserer Kranken stellen. Der Kampf mit diesen beiden Feinden der Menschen liegt aber nur zu geringstem Teil in den Händen der Anstaltspsychiater, sondern gehört zu den Aufgaben aller Aerzte, ja, des ganzen ärztlichen Standes als solchen. Die Frage, wie er am erfolgreichsten zu führen ist, geht weit über den Rahmen meines Vortrages hinaus.

Eine dritte grosse Ursache der Geisteskrankheiten ist die erbliche degenerative Belastung, die kaum auf irgend einem anderen Gebiet der Medicin eine so grosse Rolle spielt, wie auf dem der Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche. Sie giebt den Boden ab, auf dem die meisten Psychosen erst entstehen können, und je stärker sie ist, desto geringer braucht die auslösende Ursache zu sein. Vor allem aber ist es jenes grosse Heer von krankhaften Erscheinungen, die wir unter dem Namen des Entartungsirreseins zusammenfassen, das wir voll und ganz auf Rechnung der erblichen Belastung setzen müssen. Hier mehr als bei den anderen Geisteskrankheiten kann die Prophylaxe etwas erreichen, wenn sie nur so früh als möglich einsetzt. Aber gerade die Verhütung all dieser vielgestaltigen Entartungskrankheiten ruht z. gr. T. in den Händen der practischen Aerzte, vor allem in den Händen der Hausärzte. Sorgfältige Behandlung der Sprösslinge entarteter Familien vom ersten Tage ihres Lebens an, Fernhalten aller Schädlichkeiten, besonders des Alkohols, vernunftgemässe Erziehung, Vermeiden jeglicher Ueberbürdung und Ueberanstrengung und andererseits auch jeglicher Verzärtelung, Wahl eines passenden Berufes — auf all das kann der Hausarzt unter Umständen viel besser hinwirken als der Specialist, der den Kranken nur in der Sprechstunde oder aber nach schon erfolgtem Ausbruch der Krankheit in der Anstalt zu sehen bekommt. Auch dem Schularzt muss hierin eine gewisse Rolle zugewiesen werden. Ich verweise da auf die Einrichtung der Hülfsklasse für Schwachbefähigte, wie sie im Auslande jetzt fast überall üblich ist. In dieser Beziehung kann der practische Arzt und speciell der Schularzt viel mehr erreichen als der Anstaltspsychiater.

Flüchtig möchte ich hier auch die vielumstrittene Frage der Verwandtenheiraten berühren, der ja von vielen Seiten eine grosse Rolle beim Zustandekommen geistiger Entartung zugeschrieben wird. Sagt doch selbst der Volksmund von einigen alten Adelsgeschlechtern, sie hätten sich dumm geheiratet.

Ich möchte hier demgegenüber den Standpunkt vertreten, dass Heiraten innerhalb gesunder Familien keine schädlichen Folgen haben können. Wo aber eine gewisse Veranlagung und erbliche Belastung vorhanden ist, muss man allerdings annehmen, dass sich gleichartige schädliche Belastungsmomente summieren, und so Verwandtenheiraten wohl die Entartung steigern können. (Feer).

Im Uebrigen sind die Studien zur Erblichkeitsforschung gewiss noch lange nicht geschlossen. Gerade in den letzten Jahren hat Prof. Sommer in Giessen immer wieder aufs Neue auf die Familienforschung als eine der Aufgaben der Psychiatrie hingewiesen. Sein Buch: „Familienforschung und Vererbungslehre" möchte ich weitesten Aerztekreisen empfehlen. Gerade in unserem Baltenlande, wo Familiensinn und Familientradition auch in bürgerlichen und Literatenkreisen weit verbreitet sind, könnte die Familienforschung manchen Beitrag zur Erblichkeitsfrage zu Tage fördern. Grosse Dienste darin könnten durch Geschlechter fortgeführte Familienaufzeichnungen, Familienstammbücher und Tagebücher leisten. Wie in alten Zeiten jeder Hausvater seine Familienbibel hatte, auf deren leeren Blättern er gleich Grossvater und Vater seine Aufzeichnungen machte, so müsste auch jetzt jede Familie ihr Haus- und Familienbuch haben. Beiläufig nur möchte ich bemerken, dass natürlich beim Zusammenstellen von Stammbäumen nicht nur die männlichen Linien zu berücksichtigen sind, wie es in vielen adeligen Stammbäumen gehandhabt wird.

Alkohol, Lues und Erblichkeit — das sind die drei grössten Faktoren in der Aetiologie der Geisteskrankkeiten. Aber nun giebt es noch eine grosse Menge von Psychosen, über deren Aetiologie und Wesen wir noch gar nichts oder fast gar nichts wissen. Gerade diese — das grosse Heer der sogenannten functionellen Psychosen — stehen heute im Vordergrunde der psychiatrischen Forschung.

Jahrzehntelang hat sich die Psychiatrie damit abgegeben, die Erscheinungsformen der functionellen Psychosen zu studieren, in minutiösester Darstellung die veschiedengestaltigen Zustandsbilder zu fixieren und zu classificieren. Ein jeder Fall, der zur Beobachtung kam, sollte sofort ein Schubfach fertig finden, in das er hineinpasste. Aber die Natur schien aller Classificationsversuche zu spotten und der Anfänger, der im Lehrbuch alles so hübsch systematisch geordnet vorfand, kam in der Praxis mit seiner Weisheit bald in die Brüche.

Vergebens suchten die versiedenen Forscher immer neue und neue Gruppierungen der symptomatologischen Zustandsbilder zu schaffen. Die rein symptomatologische Forschung konnte zu keinem befriedigendem Resultat führen. Erst das Eingehen auf das Wesen der Erkrankung konnte uns neue Bahnen eröffnen.

Aber wie können wir etwas über das Wesen einer Erkrankung erfahren, wenn sie keine uns wahrnehmbaren Spuren in den Organen hinterlässt?

Nur das Studium des ganzen Verlaufes einer Krankheit, vom Beginn der Erkrankung bis zum Endstadium und wenn dasselbe auch Jahrzehnte weit vom Beginn entfernt ist, kann uns da fördern. Hier war es, wo in den 70 ger Jahren Kahlbaum einsetzte. Er suchte aus der vielgestaltigen Masse der Zustandsbilder Krankheitseinheiten herauszusondern, die mehr oder weniger gleichen Beginn, Verlauf und Ausgang hatten, bei denen man also einen gleichen Krankheitsprocess voraussetzen konnte. Seine Bestrebungen wurden auf breiterer Basis von Kraepelin und seinen Schülern aufgenommen und systematisch durch über viele Jahre hinaus sich erstreckende Forschung durchgeführt.

Nicht das Zustandsbild an und für sich, sondern als ein Teil eines ganzen Krankheitsverlaufes sollte es studiert werden. Dazu aber waren genaue und weitreichende Anamnesen und Katamnesen erforderlich, die es ermöglichten, den ganzen Krankheitsverlauf zu übersehen, auch wenn er die Beobachtungszeit eines Menschen überschritt.

Auf diesem Wege kam die psychiatrische Forschung dazu, neue, nunmehr klinische Krankheitsgruppen zu schaffen, die sich nicht nur symptomatologisch von einander unterscheiden, sondern — wie wir es hoffen — je ganz verschiedenen, gesonderten Krankheitsprocessen entsprechen.

Eine solche Gruppe war uns schon früher bekannt: die progressive Paralyse, von der wir Aetiologie, Krankheitsverlauf, Ausgang und z. T. pathologische Anatomie kennen. Gerade an ihr können wir so recht den Unterschied zwischen rein symptomatologischer und klinischer Betrachtungsweise sehen.

Wollten wir sie rein symptomatologisch betrachten, so müssten wir im einzelnen Fall vielleicht 3 oder 4 verschiedene Krankheiten nacheinander diagnosticieren, eine Manie, eine Melancholie, eine Paranoia mit Grössen- und Verfolgungsideen und zum Schluss eine fortschreitende Demenz. Bei klinischer Betrachtung aber wissen wir, dass alle diese vielgestaltigen Augenblicksbilder, so verschieden sie unter einander sind, doch alle zu einer Krankheit gehören, und meist können wir auch in jedem Augenblick die richtige Diagnose und damit auch Prognose stellen. — Bei der progressiven Paralyse unterstützen uns darin somatische Zeichen, wie Pupillenstarre, Veränderungen der Reflexe, Sprach- und Schreibstörungen etc. . . ., in letzter Zeit auch die Befunde der Lumbalpunction.

Bei den sogenannten functionellen Psychosen lässt uns aber die somatische Untersuchung im Stich, und da gilt es denn, auf Grund vieljähriger klinischer Erfahrung die einzelnen Gruppen zu sondern und aus dem psychischen Bilde heraus nach Analogien mit anderen, sorgfältig beobachteten Fällen die Diagnose und Prognose zu stellen. Auf diesem Gebiete wird gerade jetzt eifrigst gearbeitet, und je länger ein und dasselbe Krankenmaterial beobachtet werden kann, desto mehr Neues, Interessantes kann es bieten.

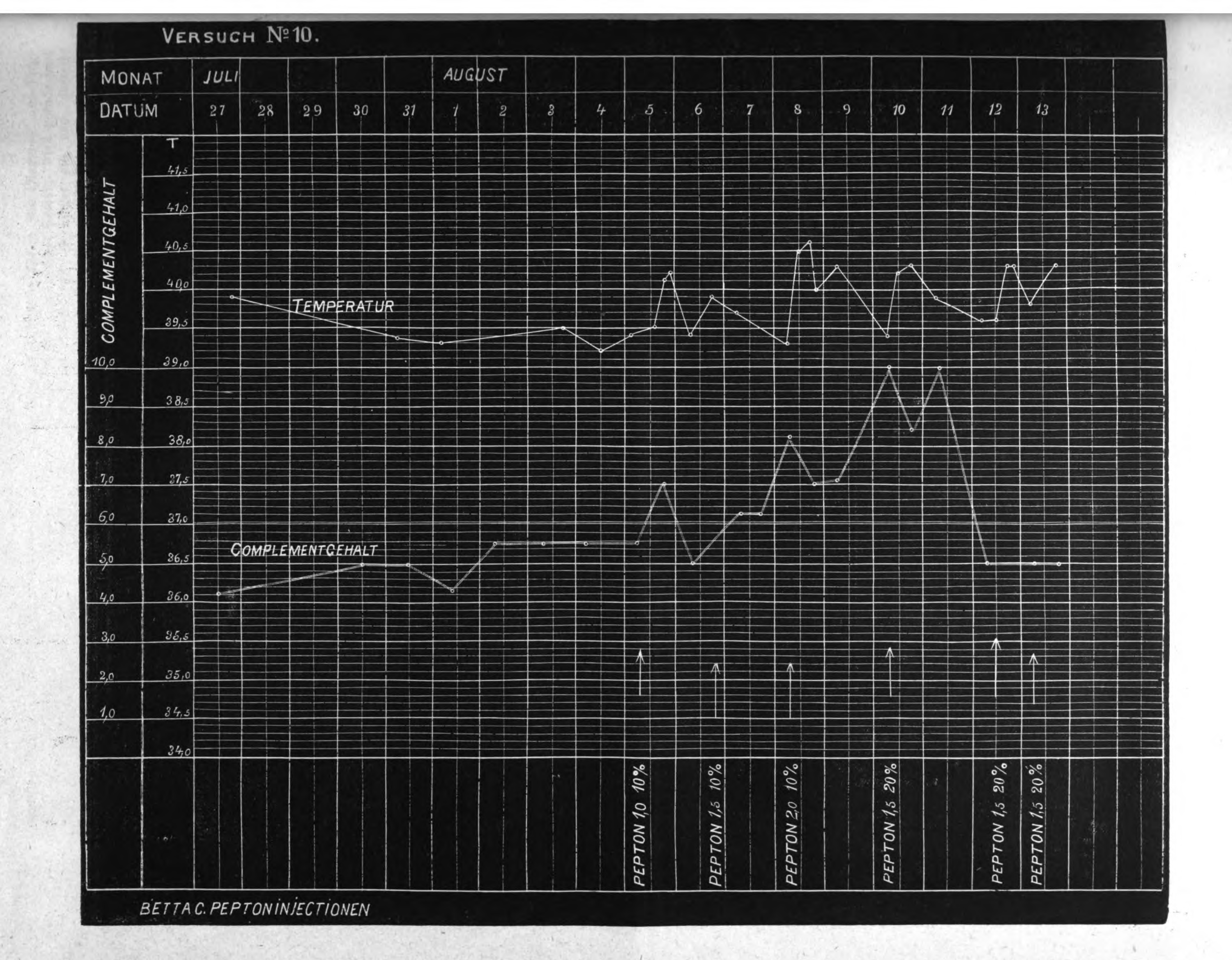
Bei uns zu Lande war für solche Arbeit fürs Erste nur wenig Gelegenheit. Jetzt — wo neue Anstalten entstanden sind und — hoffentlich — in nächster Zeit wachsen sollen, so dass sie allen Bedürfnissen entsprechen, wird auch hierfür Raum geschaffen. Unsere Bevölkerung ist im allgemeinen ziemlich stabil. Wird es erreicht, dass jeder Erkrankungsfall sofort frisch in eine Anstalt kommen und dort registriert werden kann, so wird sich bald ein recht grosses Material ansammeln. Dann gilt es, alle diese Kranken auch ferner im Auge zu behalten. Nur ein Teil von ihnen bleibt ja in den Anstalten dauernder Beobachtung zur Verfügung gestellt. Ein grosser Teil flutet, sei es geheilt, sei es gebessert, sei es mit einem Defect behaftet, ins tägliche Leben zurück. Hier setzt nun die Arbeit der practischen Aerzte ein.

Solche Elemente ihrer Clientel im Auge zu behalten, zu sehen, wie weit sie wieder arbeitsfähig werden, welche Erscheinungen sie bieten, ob sie wieder erkranken, ob sie vielleicht still verblöden, zu sehen, ob und was für eine Nachkommenschaft sie erzeugen — sehen Sie, meine Herren, das ist die Aufgabe, mit der wir Anstaltsärzte an Sie herantreten möchten. Hierin können Sie uns mächtig helfen und die psychiatrische Forschung fördern.

So lange der Kranke in der Anstalt verbleibt, wird über ihn eine Krankheitsgeschichte geführt — sollte es wenigstens in jeder wohleingerichteten, ärztlich geleiteten Anstalt. Diese Krankengeschichten sollen dann das Material zu wissenschaftlicher Forschung bilden. Aber nach der eben dargestellten Sachlage können sie das nur, wenn sie durch weiter ausgedehnte Beobachtung ergänzt werden.

Wie es dem Chirurgen nicht genug ist, zu constatieren, dass eine Operation gelungen und die äussere Wunde sich geschlossen hat, sondern er wissen muss, welche Folgen die Operation hat, wie weit sich die Funktion wiederherstellt und wie die Narbenbildung wirkt, so muss auch der Psychiater zur Beurteilung seiner Kranken wissen, wie der weiter Verlauf der Krankheit vor sich geht. Dazu aber muss er periodisch Bericht haben über die aus der Anstalt entlassenen Kranken. Sie werden mir zugeben, m. H., dass solche katamnestische Berichte aus der Hand eines Arztes, auch wenn er nicht psychiatrisch-specialistisch vorgebildet ist, doch meist grösseren Wert haben werden als aus der Hand der Angehörigen oder eines Gemeindeältesten.

M. H.! Ich habe es versucht, Ihnen hier darzulegen, was wir Anstaltsärzte und die psychiatrische Wissenschaft von der Mitarbeiterschaft der practischen Aerzte erhoffen. Das Gebiet der medicinischen Wissenschaft wird von Tag zu Tage grösser, und dem Einzelnen ist es unmöglich, das ganze zu übersehen. Jeder einzelne Zweig wächst sich aus und bildet eine Wissenschaft für sich. Die Gefahr droht, dass hier und da der Zusammenhang mit dem Ganzen verloren geht. Da ist es denn wichtig, dass die Arbeiter aus den einzelnen Zweigen sich Hand in Hand arbeiten, sich gegenseitig ergänzen. Dann erst werden wir voll und ganz unserer Aufgabe gerecht werden — zur Förderung der Wissenschaft und zum Wohle der leidenden Menschheit.


VERSUCH №10.
MONAT
JULI
AUGUST
DATUM
27
28
29
30
31
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
COMPLEMENTGEHALT
T
41,5
41,0
40,5
40,0
39,5
39,0
38,5
38,0
37,5
37,0
36,5
36,0
35,5
35,0
34,5
34,0
10,0
9,0
8,0
7,0
6,0
5,0
4,0
3,0
2,0
1,0
TEMPERATUR
COMPLEMENTGEHALT
PEPTON 1,0 10%
PEPTON 1,5 10%
PEPTON 2,0 10%
PEPTON 1,5 20%
PEPTON 1,5 20%
PEPTON 1,5 20%
BETTA C. PEPTONINJECTIONEN

Aus dem Königl. hygienischen Universitäts-Institut in Königsberg i. Pr. Director: Geheimrat Professor R. Pfeiffer.

Ueber den Einfluss von subcutanen und intravenösen Peptoninjectionen auf den Complementgehalt des Blutes.

Von

E. Bettac,

Assistent an der Medicinischen Universitätsklinik des Prof. Dr. K. Dehio in Dorpat.

Auf dem XXI. Congress für innere Medizin berichtete Prof. Dehio-Dorpat kurz über therapeutische Erfolge, die er bei verschiedenen acuten und chronischen Infectionskrankheiten (namentlich bei Lupus und tardiven syphilitischen Geschwüren) durch Erzeugung von künstlichem Fieber erzielt hat. Zwecks Fiebererzeugung machte Prof. Dehio anfänglich Injectionen von Bacterienproteinen und Deuteroalbumosen, späterhin benutzte er ausschliesslich Lösungen des gewöhnlichen käuflichen Witteschen Peptons.

Einen ausführlichen Bericht über die Resultate, die in der Klinik von Prof. Dehio durch Anwendung des durch Peptoninjectionen künstlich hervorgerufenen Fiebers erreicht worden sind, bietet die Doctorschrift von O. Rothberg (О цѣлебномъ дѣйствіи лихорадки, вызванной искусственно вспрыскиваніями пептона Witte, на нѣкоторыя инфекціонныя болѣзни, Юрьевъ, 1904. Ueber die heilende Wirkung des künstlich durch Injectionen von Pepton - Witte hervorgerufenen Fiebers auf einige Infectionskrankheiten. Jurjew). In dieser Arbeit findet sich auch eine Zusammenstellung der zahlreichen von verschiedenen Autoren gemachten Versuche über den günstigen Einfluss der erhöhten Körpertemperatur auf den Ablauf künstlich bei Tieren hervorgerufener Infectionskrankheiten. Doch nicht nur Tierexperimente, sondern auch klinische Erfahrungen sprechen, wie Prof. Dehio in seinem oben erwähnten Vortrage hervorhebt, zu Gunsten der Anschauung, dass der fieberhafte Process ein wichtiges Hilfsmittel des Organismus im Kampf mit der bacteriellen Infection ist: es ist bekannt, dass zufällige acute fieberhafte Erkrankungen oft einen günstigen Einfluss auf chronische ohne Fieber verlaufende Infectionskrankheiten haben.

Während nun die Tatsache der Heilwirkung des Fiebers von vielen Autoren bestätigt und allgemein anerkannt wird, so sind wir doch über den Mechanismus des Zustandekommens dieser Wirkung noch völlig im Unklaren. Zwar ist es bekannt, dass viele pathogene Mikroorganismen durch Erwärmen auch nur auf wenige Grade über die gewöhnliche Körpertemperatur in ihrem Wachstum gehindert oder wenigstens an ihrer Virulenz geschädigt werden, doch darf man diesem Umstande, wie schon Rothberg betont, keine allzugrosse Bedeutung zumessen, da wir oft schon Heilwirkungen bei verhältnismässig niedrigen Temperaturen sehen, die auf die Bacterien wohl kaum eine schädigende Einwirkung haben können, und so hohe Temperaturen, dass man eine erhebliche Schädigung der Bakterien erwarten dürfte, nur höchst selten beim Menschen beobachtet werden. Wir müssen also die Ursache des günstigen Effectes weniger in einem schädigenden Einfluss des Fiebers auf die Bakterien suchen, als vielmehr in einem günstigen Einfluss auf diejenigen Kräfte und Stoffe des Organismus, die im Kampf mit der Infection eine Rolle spielen.

Es könnte sich also hierbei um eine verstärkte Unschädlichmachung der Bacterienproducte durch specifische Antitoxine, oder um eine gesteigerte Zerstörung der Bacterien selbst handeln, für die nun wiederum zwei Arten in Betracht kämen: einerseits die intracelluläre Auflösung, der durch specifische Opsonine zur Phagolyse vorbereiteten Mikroorganismen durch Leucocyten, andererseits die extracelluläre Bakteriolyse vermittels specifischer Ambozeptoren und nicht specifischer Complemente. Die Annahme, dass die durch das Eindringen der Mikroorganismen angeregte Production der specifischen Antikörper, der Opsonine, Antitoxine und Ambóceptoren, durch das Fieber gesteigert werden kann, scheint mir nun keineswegs von vornherein von der Hand zu weisen zu sein, sondern einer sorgfältigen experimentellen Prüfung zu bedürfen, doch war es immerhin wahrscheinlicher an eine Vermehrung der nicht specifischen Stoffe, nämlich der Complemente, zu denken, wie es auch Professor Dehio in seinem Vortrage tut. Speciell für das uns vom therapeutischen Gesichtspunkt aus am meisten interessierende durch Peptoninjectionen künstlich hervorgerufene Fieber lag diese Annahme besonders nahe, da es Nolf (Annal. de l'Inst. Pasteur 1900. P. I. pag. 297) und Müller (Centralbl. für Bact. 1 Abt. 1901. Bd. 29) gelungen ist, durch subcutane und intraperitoneale Injectionen von Bouillon-, Peptonwasser und Aleuronatbrei bei Tieren eine Vermehrung des Complementgehaltes des Blutes hervorzurufen. Nun finden sich einerseits über die Dauer und Intensität der Complementvermehrung bei Müller gar keine, bei Nolf nur sehr unbestimmte Angaben, andererseits kann Wassermann (Zeitschrift für Hygiene, Bd. 37 1901) die Resultate von Nolf und Müller nicht bestätigen. Es erschien daher geboten, die Frage nach dem Einfluss von Peptoninjectionen auf den Complementgehalt des Blutes nochmals einer genauen experimentellen Prüfung zu unterziehen.

Auf Veranlassung von Herrn Professor Dehio habe ich dies getan, und zwar habe ich meine Versuche mit freundlicher Bewilligung des Herrn Geheimrats Professor R. Pfeiffer in dem königlichen hygienischen Universitäts-Institut in Königsberg i. Pr. im Sommer 1907 ausgeführt.

Ich behandelte meine Versuchstiere mit subcutanen und intravenösen Injectionen von 10% und 20% Lösungen des Witteschen Peptons und entnahm ihnen sowohl vor wie nach den Injectionen kleine Blutmengen aus den Ohrvenen. Durch Centrifugieren gewann ich Serum und bestimmte in diesem frischen Serum, ohne es vorher länger als höchstens 3—4 Stunden lang aufzubewahren, titrimetrisch den Complementgehalt.

Um die Schwankungen des Complementgehaltes bei normalen Tieren verfolgen zu können, wurden auch bei einigen nicht mit Pepton behandelten Tieren Complementuntersuchungen gemacht. Die Temperaturen wurden im After gemessen, das Thermometer wurde stets gleich tief ins Rectum gesteckt. Erinnern möchte ich daran, dass bei den Tieren, die eine Injection am Abend erhielten, die Temperatursteigerung auf die Nacht fiel und deshalb nicht gemessen und in den Protokollen nicht verzeichnet werden konnte. Die Injectionen sind subcutan, und nur wenn es in den Protokollen extra vermerkt ist, intravenös gemacht worden.

Die titrimetrische Bestimmung des Complementgehaltes des zu untersuchenden Blutes wurde nach den allgemein angenommenen Regeln ausgeführt: in eine Reihe von Reagenzröhrchen wurden fallende Mengen des auf seinen Complementgehalt zu untersuchenden Serums gegeben und je auf 1 ccm. mit physiologischer Kochsalzlösung aufgefüllt; nachdem zu diesen Verdünnungen des complementhaltigen Serums je 1 ccm einer 5% Erythrocytenaufschwemmung des der Hämolyse zu unterwerfenden Blutes und eine reichliche Menge des

für diese Blutart hämolytischen Amboceptors hinzugefügt war, wurden die Röhrchen gut durchgeschüttelt und auf 2 Stunden in den Brutschrank von 37° gestellt. Nachdem sie dann noch 12 Stunden lang bei Eisschranktemperatur gehalten waren, wurden die Resultate abgelesen. Die verschiedenen Grade der Hämolyse bezeichne ich in meinen Protocollen als: complett, Hauch, trübe, Kuppe (d. h. deutlicher Bodensatz, aus nicht gelösten Erythrocyten gebildet), völlig ungelöst. Auf diese Weise wurde jedesmal die Minimaldosis Serum ermittelt, die genügend Complement enthielt, um 1 ccm einer 5% Erythrocytenaufschwemmung zu completter Lösung zu bringen. Wenn man nun, um vergleichbare Zahlen zu erhalten, diese Complementmenge als Complementeinheit bezeichnete, konnte man durch einfache Rechnung jedes Mal die Zahl der in einem Cubikcentimeter enthaltenen Complementeinheiten bestimmen. Zur Controlle wurden jedes Mal noch 3 Röhrchen aufgestellt. Jedes enthielt je 1 ccm der Erythrocytenaufschwemmung; in das erste wurde ausserdem 1 ccm. physiologischer Kochsalzlösung, in das zweite die angewandte Amboceptormenge und in das dritte die höchste der angewandten Dosen des austitrierten Serums getan. In allen 3 Controllröhrchen musste natürlich die Hämolyse ausbleiben.

Die 5% Blutkörperchenaufschwemmung wurde hergestellt, indem die in 5 ccm defibrinierten Blutes enthaltenen und durch mehrfaches Centrifugieren mit physiologischer Kochsalzlösung von ihrem Serum befreiten Erythrocyten zu 100 ccm. physiologischer Kochsalzlösung hinzugefügt wurden.

Ich begann meine Versuche an Meerschweinchen, die dazu besonders geeignet erschienen, da ihr Serum sehr komplementreich ist und man ihnen daher jedes Mal nur sehr wenig Blut — etwa 1½ ccm. — zu entziehen braucht. Die Erythrocytenaufschwemmung wurde aus dem Blut einer Ziege hergestellt, als Amboceptor diente das inactivierte Serum eines mit Injectionen von Ziegenerythrocyten vorbehandelten Kaninchens. Leider war ich genötigt, diese Versuche bald aufzugeben, da es mir nicht gelang, bei den kleinen, nur enge Gefässe besitzenden Meerschweinchen fortgesetzte Blutentziehungen auszuführen, und ich setzte meine Untersuchungen an Kaninchen fort. Als Amboceptor diente bei den letzteren das inactivierte Serum eines mit Injectionen von Schweineerythrozyten vorbehandelten Kaninchens. Das zur Herstellung der Blutkörperchenaufschwemmungen erforderliche Schweineblut wurde jeden zweiten Tag bei einer Schlachtung steril entnommen.

Zu den nun folgenden Protocollen möchte ich noch bemerken. Nach v. Dungern (citiert nach Lüdke-Zentralblatt für Bakt. 1904, Bd. 37) ist der Complementgehalt des erwachsenen Kaninchens ziemlich constant; die starken Complementverminderungen bei Nr. 7 und Nr. 8 meiner Protocolle sind wohl durch stärkere Blutverluste infolge von Nachblutungen aus den Ohrvenen veranlasst. Was die übrigen geringeren Schwankungen des Complementgehaltes bei meinen nicht mit Pepton behandelten Kaninchen anbetrifft, so mögen sie zum Teil physiologische sein, zum Teil aber auch dadurch vorgetäuscht werden, dass die von mir benutzten Erythrocytenaufschwemmungen nicht ganz gleichwertig gewesen sind. Wie schon erwähnt, wurde das zu den Aufschwemmungen erforderliche Blut jeden zweiten Tag bei einer Schlachtung steril entnommen, stammte also von verschiedenen Tieren. Um vollkommen genaue Vergleichswerte zu erhalten, wäre es aber nach Madsen (Kraus und Levaditi, Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung) nötig gewesen, die Aufschwemmungen nicht nur stets aus dem Blut ein und desselben Tieres, sondern sogar aus dem durch einmalige Blutentnahme gewonnenen Blutquantum herzustellen. Madsen hält infolgedessen auch alle sich auf viele Tage erstreckenden hämolytischen Untersuchungen für ungenau. Ich muss natürlich zugeben, dass die Exactheit und der Wert meiner Untersuchungen durch diesen Umstand vermindert werden, glaube aber doch, dass bei der Gleichförmigkeit der bei allen meinen Tieren gefundenen Resultate die von mir auf Grund meiner Protocolle gezogenen Schlüsse durchaus zu Recht bestehen bleiben.

Protocolle.

Ueber den Einfluss der Peptoninjectionen auf den Complementgehalt bei Nr. 10 gebe ich noch eine curvenmässige Darstellung, die mir als Beispiel für die Wirkung der Peptoninjectionen auf den Complementgehalt des Blutes recht instructiv zu sein scheint.

(Siehe beiliegende Curve, Versuch № 10).

Man sieht, wie unter dem Einfluss der wiederholten, allmählich verstärkten Peptoninjectionen fieberhafte Temperaturschwankungen auftreten (cfr. obere Curve) und wie dabei der Complementgehalt des Blutes (cfr. untere Curve) zunimmt.

Aus den vorstehenden Protocollen glaube ich folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1) Peptoninjectionen bewirken eine Complementvermehrung, die etwa 12 Stunden nach der Injection beginnt und 24 bis 48 Stunden lang andauert; die Dauer und Höhe der Complementvermehrung sind grossen individuellen Schwankungen unterworfen und sind der Dauer und Höhe des durch die Injection hervorgerufenen Fiebers nicht parallel.

2) Der Complementvermehrung geht oft eine mehrere Stunden lang andauernde Complementverminderung voraus.

3) Bei längere Zeit hindurch fortgesetzten Peptoninjectionen verliert das Pepton seine complementvermehrende Wirkung, und werden die Injection noch weiter angewandt, so verschwindet das Complement für einige Tage fast völlig aus dem Blute, ohne dass die temperatursteigernde Wirkung des Peptons verschwunden wäre.

Die Ursache für diese rapide Complementabnahme bei zu langer Darreichung von Pepton liegt vielleicht in einer Complementablenkung durch Präcipitation.

Es ist nämlich zu vermuten, dass durch die Injectionen von Pepton im Organismus der Versuchstiere Präcipitine gebildet werden, die dem Pepton gegenüber ihre specifische Wirkung entfalten. Wird nun durch eine neue Injection wieder Pepton ins Blut gebracht, so dürfte das nun schon vorhandene Präcipitin mit diesem neuen Pepton ein Präcipitat bilden, an das das Complement gebunden wird. Zur Stütze für diese Annahme weise ich auf einen ganz analogen Versuch von Moreschi (Berl. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 37) hin. Moreschi machte einem mit inactiviertem Ziegenserum vorbehandelten Kaninchen zehn Tage nach der letzten Injection eine intravenöse Einspritzung von 2 ccm desselben inactivierten Ziegenserums. Das eine Stunde nach dieser Injection gewonnene Serum war nicht mehr im Stande, einen für Ochsenblut hämolytischen Amboceptor zu activieren, hatte also seinen Complementgehalt verloren.

Auf einen andern Umstand möchte ich noch kurz hinweisen. Normales Kaninchenserum hat oft schon hämolytische Kraft gegenüber Schweineerythrocyten des-

halb, habe ich solche Kaninchen, deren Serum in bedeutendem Masse Schweineblutkörper löste, also Amboceptoren für Schweineerythrocyten enthielt, bei den Versuchen ausgeschaltet; eine geringe Rosafärbung der Kochsalzlösung in den bei Beschreibung meiner Technik schon erwähnten Röhrchen mit der Complementcontrolle wurde jedoch sehr häufig beobachtet. Bei meinen Versuchen zeigte es sich nun, dass die Complementcontrollen nach den Peptoninjectionen eine recht starke Hämolyse aufwiesen. Es scheint also infolge der Injectionen auch eine Vermehrung des schon vorher in geringer Menge im Serum enthaltenen Amboceptors für Schweineerythrocyten stattgefunden zu haben, doch lassen sich natürlich aus dieser beiläufigen Beobachtung noch keine sicheren Schlüsse ziehen. Meine Versuche, die Sera auf ihren Amboceptorgehalt auszutitrieren, sind aus äusseren Gründen misslungen, daher muss die Frage, ob nach Peptoninjectionen eine Vermehrung auch dieser im Serum enthaltenen specifischen Amboceptoren eintritt, erst durch weitere Untersuchungen entschieden werden.

Um nun auf den Ausgangspunct meiner Untersuchungen zurückzukommen, so bin ich der Ansicht, dass die bei den Versuchen von Prof. Dehio erzielten Heilwirkungen gegenüber chronischen Infectionskrankheiten (Lupus, syphilitische Geschwüre u. s. w.) sich zum Teil wenigstens dadurch erklären lassen, dass durch die Peptoninjectionen eine, zum mindesten temporäre, Vermehrung der Complemente bewirkt wird.

Diese Vermehrung muss dann aber, wie wohl angenommen werden darf, eine raschere und ausgiebigere Wirkung der Antistoffe (Amboceptoren) zur Folge haben und somit den Heilungsprocess beschleunigen und begünstigen. Ob auch noch andere Faktoren, z. B. Herabsetzung der Activität und Virulenz der Bacterien durch Steigerung der Körpertemperatur an sich bei diesem Heilungsprocess eine Rolle spielen, muss weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor R. Pfeiffer in Königsberg für die liebenswürdige Erlaubnis, in seinem Institut zu arbeiten, sowie seinem Assistenten Herrn Professor E. Friedberger für das rege Interesse und die tatkräftige Förderung, die er meiner Arbeit hat angedeihen lassen, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

№ 1.

Meerschweinchen. 800 Gramm.

Datum und Tageszeit	Peptongaben in ccm.	Temp.	Hämolyse	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten	Bemerkungen.
17. VI. 8.30		37,9			
12.45		38,7			
4.00			0,07 komplett	14,3	
6.45		38,2			
7.00	2ccm. 10%				
18. VI. 8.00		37,7			
8.45			0,04 »	25,0	
12.00		38,4			
4.15			0,06 »	16,6	
6.00		38,1			
19. VI. 8.00		38.1			
8.40			0,04 »	25,0	
9.20	3ccm. 10%				
12.15		39,2			
1.00			0,04 »	25,0	
5.00			0,03 »	33,3	Im Komplement-Kontrollröhrchen geringe Hämolyse.
7.30		38,5			
20. VI. 8.25		38,9			
9.00			0,03 komplett	33,3	Im Komplement-Kontrollröhrchen geringe Hämolyse.
12.30		37,7			
5.00			0,03 »	33,3	
6 00		37,8			
21. VI. 8.30		37,9			
9.15			0,03 »	33,3	
11.40		38,1			
6.75		37,7			
22. VI. 7.45		38.4			
8.75			0,06 »	16,6	
6.45		38,4			
23. VI. 6.30		38,1			
11.00			0,07 »	14,3	
5.00		38,2			

№ 2.

Meerschweinchen 700 Gramm.

Datum	Hämolyse	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten
4. VII.	0,04 Kompl.	25,0
5. VII.	0.04 »	25,0
6. VII.	0.04 »	25,0
15. VII.	0.04 »	25,0

№ 3.

Kaninchen. 1640 Gramm.

Datum und Tageszeit.	Peptongaben in ccm.	Temp.	Hämolyse.	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten.	Bemerkungen.
27. VI. 5.45		39,8			
28. VI. 8.00		39,0			
8.05			0,14 komplett	7,14	
9.00	2,0 20%				
12.15		39,8			
1.00			0,18 »	5,55	
3.15		41,0			
5.00			0,18 trübe	unter 5,55	
6.30		40,5			
29. VI. 9.20		39,8			
9.25			0,1 komplett	10,0	
9.30	2,0 20%				
1.00		40,3			
4.00			0,2 kl. Kuppe	unter 5,0	
4.15		40,6			
6 45		40,7			
30. VI. 12.00		40,3			
12.05	2,0 20%				
6.00		41,2			
1. VII. 8 20		40,0			
8.45			0,1 komplett	10,0	
1.15		39,9			
6.40		39,8			
2. VII. 8.35		39,7			
9.00			0,12 »	8,3	
9.15	0,5 20%				
11.45		39,8			
3 50			0,14 »	7,14	
4.25		40,1			
6.45		40,0			
3. VII. 9.50		39,6			
10.30			0,1 »	10,0	Im Komplement-Kontrollröhrchen—komplette Hämolyse.

Datum und Tageszeit.	Peptongaben in ccm.		Temp.	Hämolyse.		Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten.	Bemerkungen.
4.15				0,1	komplett	10,0	Im Komplement-Kontrollröhrchen—komplette Hämolyse.
4.50			39,4				
7,00			39,5				
4. VII. 8.45			39,6				
9.15				0,1	»	10,0	Im Kontrollröhrchen geringe Hämolyse.
7.00			39,6				
7.15	0,5	20%					
5. VII. 7.45			39,6				
8.30				0,08	»	12,5	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
12.15			39,8				
5 25				0,1	»	10,0	
6. VII. 8.25			40.3				
9.10				0,16	»	6,25	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
4.45				0,14	»	7,14	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
7.00			40,1				
7. VII. 12.30			39,9				
6.50			40,1				
7.00	1,0	20%					
8. VII. 9.15			40,0				
10.15				0,1	»	10,0	Im Kontrollröhrchen komplette Hämolyse.
12.30			39,9				
4.20				0,08	»	12,5	Im Kontrollröhrchen fast komplette Hämolyse.
7.00			40.5				
9. VII. 8.00			40,3				
9.00				0,1	»	10	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
12.30			40,4				
7.45			40,1				
8.00	1,0	20%					
10.VII.10.35			40,3				
11.40				0,16	»	6,25	
6.35			40,6				
11. VII. 9.55			40,3				
6.30			40,0				
14. VII. 4.00			39,5				
15. VII. 9.25			39,2				
10.00				0,16	»	6,25	
11.30	0,5	2%					
3.00			40,7				
5 30				0,2	trübe	unter 5,0	
7.45			40,7				
16. VII. 8.00			39,7				
8.50				0,22	komplett	4.54	
3.30				0,24	Hauch	unter 4,16	
7.00			39,5				
17. VII. 9.20			39,5				
10 00				0,22	komplett	4,54	Im Kontrollröhrchen recht starke Hämolyse.
3.45				0,16	»	6,25	
6.30			39,6				
18. VII. 7.50			39,7				
8 30				0,16	»	6,25	
10.00	0,5	20%					
3.30			40,9				

Datum und Tageszeit	Peptongaben in ccm.		Temp.	Hämolyse		Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten	Bemerkungen.
3.55				0,18	komplett	5,55	
6.40			40,8				
19. VII. 9.15			39,5				
10.20				0,24	trübe	unter 4,16	
3.20				0,24	komplett	4,16	
20. VII. 8.25			39,4				
10.45				0,24	»	4,16	
7.25			39,5				
21. VII. 1.05			39,4				
22. VII. 9.35			39,6				
10.30				0,16	»	6,25	
7.05			39,9				
23. VII. 9.40			39,6				
9.50				0,16	»	6,25	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
10.45	0,5	20%					
3.35			40,8				
4.00				0,2	gr. Kuppe	unter 5,0	
7.10			40,2				
24. VII. 8.00			39,4				
11.30				0,3	komplett	3,33	
7.00			39,6				
25. VII. 9.40			39,7				
2.45				0,2	»	5,0	
7.20			39,8				
26.VII.12.00			39,5				
12.15				0,26	»	3,85	
27.VII.10.00			39,6				
11.30				0,23	»	4,35	
28. VII. 1.00			39,5				
29.VII. 10.20			39,5				
11.00				0,16	»	6,25	
30. VII. 8.15			39,4				
9.00				0,14	»	7,14	Im Kontrollröhrchen recht starke Hämolyse.
9.45	0,5	20%					
1.00			40,7				
5.00			40,7				
5.20				0,6	kl. Kuppe	unter 1,66	
7.20			40,4				
31.VII. 10.15			39,3				
11.40				0,6	trübe	unter 1,65	
1. VIII. 9.10			39,5				
10.00				0,2	komplett	5,0	
2. VIII. 9.20				0,23	»	4,35	
3. VIII. 9.30				0,23	»	4,35	
5.00			39,2				

№ 4.

Kaninchen. 1200 Gramm.

Datum und Tageszeit	Peptongaben in ccm.		Temp.	Hämolyse		Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten	Bemerkungen.
28. VI. 4.30			39,9				
4.45				0,22	komplett	4,54	
6.45			39,7				
29. VI. 10.25			39,2				
1.00				0,24	»	4,16	
4.00				0,24	»	4,16	
7.00			40,3				
30. VI. 12.10			39,6				
6.10			40,1				
1. VII. 8.15			39,6				
8.45				0,24	»	4,16	
12.40				0,24	»	4,16	
1.20			39,6				
6.45			39,8				
2. VII. 8.40			39,5				
9.05				0.22	»	4,54	
9.15	0,5	20%					
11.50			39,6				
3.40				0,18	»	5,55	
4.15			40,6				
6.35			40,4				
3. VII. 9.40			39,5				
10.10				0,16	»	6,25	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.

Datum und Tageszeit	Peptongaben in ccm		Temp.	Hämolyse		Zahl der in einem ccm enthaltenen Komplementeinheiten	Bemerkungen
4.30				0,18	komplett	5,55	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
4.40			39,9				
7.05			40,0				
4. VII. 8.40			39,7				
9.30				0,14	›	7,14	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
7.00			40,2				
7.15	0,5	20%					
5. VII. 7.50			39,5				
9.00				0,14	›	7,14	
12.20			39,7				
5.35				0,14	›	7,14	
6. VII. 8.30			39,6				
8.50				0,14	›	7,14	
5.00				0,16	›	6,25	
6.50			40,3				
7. VII. 12.00			39,6				
6.40			40,2				
7.00	1,0	20%					
8. VII. 9.30			40,1				
9.45				0,16	›	6,25	
12.35			40,0				
4.00				0,14	»	7,14	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
7.06			40,3				
9. VII. 8.10			40,2				
8.30				0,14	›	7,14	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
12.50			40,0				
7.50			40,1				
8.00	1,0	20%					
10. VII. 10.25			40,4				
11.00				0,18	›	5,55	
6.30			39,7				
13. VII. 10.00			39,4				
14. VII. 11.00				0,18	›	5,55	
4.00			39,9				
15. VII. 9.15			39,8				
9.40				0,2	›	5,0	
11.30	0,5	20%					
2.50			40,1				
5.20				0,22	›	4,54	
7.45			40,4				
16. VII. 7.50			39,7				
8.30				0,2	»	5,0	
3.45				0,18	›	5,55	
7.10			39,8				
17. VII. 9.15			39,9				
9.45				0,24	›	4,16	Im Kontrollröhrchen geringe Hämolyse.
3.30				0,18	›	5,55	Im Kontrollröhrchen geringe Hämolyse.
6.35			39,8				
18. VII. 8.00			39,6				
9.00				0,2	›	5,0	
10.00	1,0	20%					
3.35			40,9				
4.00				0,22	›	4,54	
6.30			40,4				
19. VII. 9.10			39,7				
9.30				0,22	»	4,54	
3.30				0,24	»	4,26	
20. VII. 8.25			39,5				
10.30				0,26	trübe	unter 3,85	
7.20			39,9				
21. VII. 1.00			39,4				
22. VII. 9.35			39,7				
10.15				0,16	komplett	6,25	Im Kontrollröhrchen fast komplette Hymolyse.
7.00			39,7				
23. VII. 1.35			39,6				
10.45	1,5	20%		0.2	›	5,0	Im Kontrollröhrchen fast komplette Hämolyse.
3.30			40,0				
4.15				0,26	gr. Kuppe	unter 3,85	
7.05			40,6				
24. VII. 8.00			39,7				
11.00				0,35	komplett	2,85	
6.50			39,8				
25. VII. 9.35			39,7				
3.00				0,26	»	3,85	
7.25			39,5				
26. VII. 12.00			39,5				
12.15				0,23	»	4,35	
27. VII. 10.05			39,5				
11.05				0,23	›	4,35	
28. VII. 1.00			39,4				
29. VII. 10.15			39,3				
10.45				0,3	›	3,33	
30. VII. 8.20			39,5				
9.00				0,2	»	5,0	
9.45	0,5	20%					
1.00			39,8				
4.55			40,3				
5.30				0,6	Hauch	unter 1,7	
7.30			40,0				
31. VII. 11.20			39,2				
11.15				0,6	komplett	1,7	
1. VIII. 9.20			39,5				
10.25				0,3	›	3,33	
2. VIII. 9.35				0,3	»	3,33	
3. VIII. 10.00				0.3	›	3,33	
5.00			39,3				

№ 5.

Kaninchen, 1550 Gramm.

Datum und Tageszeit	Peptongaben in ccm		Temp.	Hämolyse		Zahl der in einem ccm enthaltenen Komplementeinheiten	Bemerkungen
28. VI. 7.30			39,1				
7.35				0,16	komplett	6,25	
9.00	1,0	20%					
12.00			39,9				
1.00				0,18	›	5,55	
3.00			40,9				
5.00				0,18	kl. Kuppe	unter 5,55	
6.40			40,6				
29. VI. 9.15			39,7				
9.45				0,12	komplett	8,3	
4.00				0,2	kl. Kuppe	unter 5,0	
6.45			39,5				
30. VI. 12.00			39,3				
6.15			39,5				
1. VII. 8.20			39,2				
9.00				0,16	komplett	6,25	
1.30			39,4				
6.35			39,8				
2. VII. 8.30			39,6				
9.05				0,16	›	6,25	
9.15	0,5	20%					
12.00			40,1				
4.20			41,2				
6.35			40,7				
3. VII. 9.45			39,6				
10.00				0,14	›	7,14	
4.05				0,14	›	7,14	
4.45			39,5				
7.10			39,6				
4. VII. 8.30			39,1				
9.00				0,12	»	8,3	
7.00			39,5				
7.15	0,5	20%					
5. VII. 7.45			39,6				
8.15				0,12	komplett	8,3	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
12.15			39,5				

Datum und Tageszeit.	Peptongaben in ccm.		Temp.	Hämolyse.	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten.	Bemerkungen.
5.15				0,12 komplett	8,3	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
6. VII. 8.20			39,6			
9.00				0,14 ›	7,14	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
5.10				0,14 ›	7.14	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
6.50			39,6			
7. VII. 12.30			39,5			
6.45			39,7			
7.00	1,0	20%				
8. VII. 9.20			40,0			
10.00				0,16 »	6.25	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
12.25			40,0			
4.15				0,16 »	6,25	Im Kontroll röhrchen starke Hämolyse.
6.55			40,1			
9. VII. 8.00			39,5			
8.45				0,14 »	7,14	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
12.40			39,5			
7.45			39,5			
8.00	1,0	20%				
10. VII. 10.35			39,7			
11.20				0,18 Kuppe	unter 5,55	
6.45			39,9			
13. VII. 6.40			39,3			
14. VII. 11.00				0,18 komplett	5,55	
4.00			39,4			
15. VII. 9.20			39,2			
10.15				0,18 ›	5,55	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
11.30	0,5	20%				
3.00			40,1			
5.45				0,22 völlig ungelöst	unter 4,54	
7.45			40,7			
16. VII. 8.00			39,6			
8.45				0,28 völlig ungelöst	unter 3,57	
3.30				0,4 kl. Kuppe	unter 2,5	
7.00			39,5			
17. VII. 9.15			39,5			
10.00				0,4 komplett	2,5	Im Kontrollröhrchen geringe Hämolyse.
				0,26 ›	3,85	Im Kontrollröhrchen recht starke Hämolyse.
6.30			39,6			
18. VII. 8.00			39,5			
8.30				0,16 ›	6,25	
3.30			39,5			
3.50				0,18 ›	5,55	Im Kontrollröhrchen recht starke Hämolyse.
6.40			39,4			
19. VII. 9.15			39,6			
3.10				0,24 ›	4,16	
20. VII. 8.20			39 6			
10.50				0,26 grosse Kuppe	unter 3,85	
7.30			39,5			
22. VII. 9.40			39,4			
10.45				0,3 kl. Kuppe	unter 3,33	

Datum und Tageszeit	Peptongaben in ccm.		Temperatur	Hämolyse	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten	Bemerkungen.
7.05			39,7			
23. VII. 9.40			39,2			
10.00				0,26 komplett	3,85	Im Kontroll- complette Hämolyse.
10.45	1,0	20%				
3.45			40,1			
3.50				0,4 völlig ungelöst	unter 2,5	
7.15			40,4			
24. VII. 8.05			39,3			
11.15				0,5 fast völlig ungelöst	unter 2,0	
7.00			39,5			
25. VII. 9.45			39,6			
3.00				0,3 komplett	3,33	
7.15			39,5			
26. VII. 12.00			39,3			
12.15				0,23 »	4,35	
27. VII. 10.00			39,3			
11.45				0,3 trübe	unter 3,33	
28. VII. 1.00			39,4			
29. VII. 10.15			39,1			
11.10				0,2 komplett	5,0	
30. VII. 8.10			39.3			
9.20				0,18 »	5,55	
9.45	0,5	20%				
1.00			40.4			
5.00			39.4			
5.15				0,6 völlig ungelöst	unter 1,66	
7.20			39,4			
31. VII. 10.50			38,8			
12.00				0.26 komplett	3,85	
1. VIII. 9.15			39,3			
10.15				0,23 ›	4.35	
2. VIII. 9.30				0.16 »	6,25	
3. VIII. 9.45				0,2 »	5,0	
5.00			39,2			

№ 6.

Kaninchen, 1350 Gramm.

Datum und Tageszeit	Peptongaben in ccm.		Temperatur	Hämolyse	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten	Bemerkungen.
28. VI. 4.30			40,1			
4.35				0,22 Hauch	unter 4,54	
6.45			39,7			
1. VII. 8.10			39,4			
8.15	2,0	20%				
1.00				0,22 komplett	4,54	
1.10			39,9			
4.55			40,8			
5.00				0,24 ›	4,16	
6.45			40,6			
2. VII. 8.45			39.9			
9.10				0,18 »	5,55	
9.15	0,5	20%				
12.00			39,7			
3.45				0,2 ›	5,0	
4.20			40,3			
6.30			40,3			
3. VII. 9.50			39,5			
10.15				0,16 »	6,25	Im Kontrollröhrchen komplette Hämolyse.
4.00				0,22 »	4,54	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
4.45			39,5			
7.00			39,5			
4. VII. 8.40			39,5			
9.25				0,18 ›	5,55	Im Kontrollröhrchen geringe Hämolyse.
6.50			39,5			
7.15	0,5	20%				
5. VII. 7.55			39,7			

Datum und Tageszeit	Peptongaben	in ccm.	Temperatur	Hämolyse	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten	Bemerkungen.
8.30				0,12 komplett	8,3	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
12.20			39,4			
5.30				0,2 »	5,0	
6. VII. 8.30			39,5			
8.50				0,2 trübe	unter 5,0	
4.50				0,18komplett	5,55	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
7.00			39,9			
7. VII. 12.50			39,5			
6.45			40,1			
8. VII. 9.25			40,0			
9.45				0,18 ›	5,55	
12.35			39,6			
4.00				0,14 »	7,14	Im Kontrollröhrchen geringe Hämolyse.
7.10			39,9			
9. VII. 8.05			39,8			
8.45				0,16 »	6,25	Im Kontrollröhrchen recht starke Hämolyse.
12.50			39,4			
7.50			39,7			
8.00	1,0	20%				
10. VII. 10.30			40,2			
11.15				0,2 »	5,0	Im Kontrollröhrchen geringe Hämolyse.
6.35			40,1			
15. VII. 9.15			39,5			
10.00				0,22 »	4,54	
11.30	0,5	20%				
2.55			39,8			
5.10				0,2 ›	5,0	
7.45			40,7			
16. VII. 7.50			39,9			
8.15				0,22 ›	4,54	Im Kontrollröhrchen recht starke Hämolyse.
3.45				0,2 ›	5,0	
7.10			39,8			
17. VII. 9.10			39,5			
9.45				0,2 »	5,0	Im Kontrollröhrchen recht starke Hämolyse.
3.20				0,14 ›	7,14	
6.40			39,6			
18. VII. 8.05			39,6			
9.00				0,14 ›	7,14	Im Kontrollröhrchen recht starke Hämolyse.
10.00	1,0	20%				
3.40			40,8			
4.00				0,18 »	5,55	Im Kontrollröhrchen starke Hämolyse.
6.30			40,4			
19. VII. 9.05			39,6			
9.30				0,18 ›	5,55	
3.30				0,2 ›	5,0	
20. VII. 8.20			39,5			
10.35				0,16 »	6,25	Im Kontrollröhrchen oben recht starke Hämolyse.
7.25			39,5			
21. VII. 1.00			39,4			
22. VII. 9.30			39,7			
10.15				0,18 »	5,55	
7.00			39,7			

Datum und Tageszeit.	Peptongaben	in ccm.	Temp.	Hämolyse.	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten.	Bemerkungen.
23. VII. 9.30			39,4			
10.00				0,2 komplett	5,0	
10.45	0,5	20%				
1.10			40,2			
1.20				0,3 völlig ungelöst	unter 3,33	
3.30			39,4			
4.05				0,3 völlig ungelöst	» 3,33	
7.00			39,6			
24. VII. 7.55			39,4			
10.50				0,4 komplett	2,5	
6.50			39,6			
25. VII. 9.35			39,6			
3.20				0,26 ›	3,85	
7.20			39,4			
26. VII. 2.00			39,6			
12.15				0,3 trübe	unter 3,33	
27. VII. 10.15			39,6			
11.20				0,26 komplett	3,85	
28. VII. 1.00			39,4			
29. VII. 10.10			39,6			
10.55				0,23 »	4,35	
30. VII. 8.15			39,6			
8.45				0,2 ›	5,0	
9.45	2,0	20%				
1.00			40,1			
4.55			39,6			
5.30				0,6 völlig ungelöst	unter 1,66	
7.25			40,7			
31. VII. 10.25			39,2			
11.00				0,6 völlig ungelöst	› 1,66	
1. VIII. 9.25			39,3			
10.35				0,3 komplett	3,33	
2. VIII. 9.40				0,23 ›	4,35	
3. VIII. 10.15				0,16 »	6,25	
5.15			39,1			
			№ 7.	1900 Gramm.		
8. VII. 1.00				0,22 trübe	unter 4,54	
9. VII. 8.10			39,5			
9.15				0,26 Kuppe	unter 5,0	
12.55			39,2			
8.00			39,4			
14. VII. 11.00				0,2 komplett	5,0	
4.15			39.4			
15. VII. 9.25			39,2			
10.30				0,24 »	4,16	
8.00			39,6			
16. VII. 8.00			39,9			
9.15				0,2 »	5,0	
4.15				0,2 ›	5,0	
7.15			39,6			
17. VII. 9.30			39,5			
10.00				0,2 »	5,0	
4.00				0,2 ›	5,0	
6.45			39,6			
18. VII. 8.15			39,7			
9.30				0,2 ›	5,0	
4.30				0,18 ›	5,55	
6.50			39,8			
19. VII. 9.20			39,4			
20. VII. 8.40			39,6			
11.00				0,2 »	5,0	
7.35			39,7			
21. VII. 1.00			39,1			
22. VII. 9.45			39,5			
11.00				0,18 ›	5,55	
7.15			39,6			
23. VII. 11.00			39,6			
4.20				0,22 ›	4,54	
7.20			39,0			
24. VII. 8.10			38,9			
12.00				0,2 ›	5,0	Nachblutung a. d. Ohrvene
7.10			39,3			
25. VII. 9.45			39,5			
3.45				0,23 ›	4,35	Nachblutung a. d. Ohrvene

Datum und Tageszeit.	Peptongaben	in ccm.	Temp.	Hämolyse.	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten.	Bemerkungen.
7,35			39,5			
26. VII. 12.15			39,1			
12.30				0,3 trübe	unter 3,33	
27. VII. 10.40			40,2			
11.50				0,3 komplett	3,33	Nachblutung a. d. Ohrvene
7,45			39, 5			
28. VII. 12.40			39,8			
29. VII. 9.35			39,6			
11.20				0,35 kleine Kuppe	unter 2,85	
30. VII. 10.50			39,7			
31. VII. 10.40			39,4			
12.00				0,3 grosse Kuppe	unter 3,33	
1. VIII. 9.45			39,3			
10,45				0,35 trübe	unter 2,85	
2. VIII. 10.00				0,3 komplett	3,33	
3. VIII. 10.45				0,4 ›	2,5	
5.30			39,0			
4. VIII. 12.25			39,5			
5. VIII. 10.50			39,3			
11.15				0,26 ›	3,85	
6.30			39,5			
6. VIII. 10.35			40,0			
10.45				0,23 »	4,35	
7. VIII. 11.00			39,5			
11.00				0,23 ›	4,35	
8. VIII. 10.20			39,7			
10.30				0,2 ›	5,0	
9. VIII. 10.35			39,4			
10.50				0,26 ›	3,85	
10. VIII. 10.10			39,6			
10.40				0,18 »	5,55	
10.45	1,5	20%				
12.55			39,4			
3.45			40,2			
3.50				0,18 ›	5,55	
11. VIII. 10.45			39,5			
10.55				0,14 ›	4,14	
12. VIII. 10.30			39,6			
11.15				0,2 Hauch	unter 5,0	
12.00	1,5	20%				
1.25			39,5			
3.00			40,0			
7.00			40,3			
13. VIII. 9.45			39,7			
10.15				0,23 kleine Kuppe	unter 4,35	
10.25	2,0	20%				
5.25			40,2			
5.30				0,23 komplett	4,35	
14. VIII. 9.50			39,6			
9.50				0,23 ›	4,35	
4.50	2,0	20%				
1.25			39,1			
3.00			40,1			
3.10				0,26 ›	3,85	
15. VIII. 10.00			39,4			
10.00				0,2 ›	5,0	
11.20	4,0	20%				
1.00			40,0			
3.00			40,9			
3.35				0,2 ›	5,0	
16. VIII. 10.20			39,6			
10.25				0,23 ›	4,35	
8.00	3,0	20%				
17. VIII. 9.10			40,2			
9.15				0,23 ›	4,35	
9.20	1,5	20%				
3.10			40,7			
3.15				0,23 ›	4,35	
18. VIII. 10.00	2,0	20%				
8.00	5,0	20%				
19. VIII. 12.00				0,5 fast völlig ungelöst	unter 2,0	

№ 8.

Kaninchen 1950 Gramm.

Datum und Tageszeit.	Peptongaben	in ccm.	Temp.	Hämolyse.	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten.	Bemerkungen.
8. VII.				0,16 komplett	6,25	
9. VII. 8.15			39,7			
9.25				0,16 ›	6,25	
8.00			39,9			
14. VII. 11.00				0 16 komplett	6,25	
1.20			39,2			
15. VII. 9.30			39,3			
10.30				0,16 ›	6,25	Nachblutung a. d. Ohrvene
8.00			39,4			
16. VII. 8.10			39,9			
9.15				0,18 ›	5,55	Nachblutung a. d. Ohrvene
4.15				0,2 Kuppe	unter 5,0	
7.15			39,6			
17. VII. 9.30			39,6			
10.00				0,2 komplett	5,0	
4.10				0,14 ›	7,14	
6.50			39,5			
18. VII. 8.10			39,3			
9.30				0,18 ›	5,55	
4.30				0,14 »	7,14	
6.45			39,7			
19. VII. 9.20			39,3			
4.00				0,18 ›	5,55	
20. VII. 8.35			39,6			
11.00				0,2 trübe	unter 5,0	
7.30			39,5			
21. VII. 1.10			39,1			
22. VII. 9.45			39,1			
11.00				0,2 komplett	5,0	
7.15			39,3			
23. VII. 11.00			39,1			
11.15				0,2 ›	5,0	
7.15			39,3			
24. VII. 8.10			39,2			
12.00				0,23 »	4,35	Nachblutung a. d. Ohrvene
7.00			39,2			
25. VII. 9.45			39,1			
3.45				0,23 ›	4,35	
7.30			39,4			
26. VII. 12.15			39,3			
12.30				0,3 ›	3,33	Nachblutung a. d. Ohrvene
27. VII. 10.35			39,8			
12.00				0,35 ›	2,85	
28. VII. 12.35			39,6			
31. VII. 10.40			39,5			
12.20				0,2 ›	5,0	
1. VIII. 9.30			39,3			
11.15				0,26 Hauch	unter 3,85	
2. VIII. 10.00				0,23 komplett	4,35	
3. VIII. 10.35				0,23 ›	4,35	
5.30			39,6			
4. VIII. 12.20			39,5			
5. VIII. 9.15			40,6			
11.25				0,23 ›	4,35	
6.30			40,3			
6. VIII. 10.20			40,3			
10.50				0,26 »	3,85	
7. VIII. 10.40			40,1			
11.15				0,26 »	3,85	
8. VIII. 10.30			40,7			
10.35				0,2 ›	5,0	
9. VIII. 10.30			40,6			
11.00				0,18 »	5,55	

№ 9.

2470 Gramm.

Datum und Tageszeit.	Peptongaben	in ccm.	Temp.	Hämolyse.	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten.	Bemerkungen.
27. VII. 10.45			39,6			
12.25				0,2 komplett	5,0	
28. VII. 12.45			39,5			
29. VII. 9.45			39,0			
11.15				0,14 »	7,14	
30. VII. 10.20			38,9			
31. VII. 10.45			38,8			
12 00				0,18 ›	5,55	
1. VIII. 9.45			38,9			
11.20				0,16 ›	6,25	
3. VIII. 11.10				0,14 ›	7,14	
5.45			39,4			
4. VIII. 12.40			39,3			
5. VIII. 9.10			39,3			
9.40				0,16 ›	6,25	

Datum und Tageszeit	Peptongaben in ccm	Temp.	Hämolyse	Zahl der in einem ccm enthaltenem Complementeinheiten.
10.45	0,5 10°/₀ intraven.			
1.15		39,4		
4.30		39,7		
4.50			0,16 komplett	6,25
6.20		40,2		
6. VIII. 10.25		39,8		
6.00			0,18 »	5,55
8,05		39,2		
7. VIII. 10.45		39,1		
11.30			0,16 »	6,25
8. VIII. 9.25		39,3		
9.45	1,0 10°/₀ intraven.			
1.10		40,2		
1.30			0,23 »	4,35
3.10		39,5		
3.50			0,2 »	5,0
7.50		39,5		
9. VIII. 9.50		39,6		
10.00			0,16 »	6,25
10. VIII. 10.15		39,3		
10.20			0,12 »	8,3
10.25	1,0 20°/₀ intraven.			
1.00		40,0		
3.30		39,8		
3.35			0,12 »	8,3
11. VIII. 10.40		39,2		
11.00			0,1 »	10,0
12. VIII. 10.30		39,3		
10.55			0,2 trübe	unter 5,0
12.00	1,0 20°/₀ intraven.			
1.20		40,3		
3.00		39,8		
7.00		39,6		
13. VIII. 9.40		39,3		
10.15			0,23 komplett	4,35
5.15		39,3		
5.20			0,18 »	5,55
14. VIII. 10.00		39,5		
10.05			0.16 »	6,25
11.50	2,0 20°/₀ intraven.			
12.20		39,8		
12.50		40,1		
1.20		40,1		
3.10		39,4		
3.15			0,23 »	4,35
15. VIII. 9.45		39,5		
10.00			0,16 »	6,25
11.20	2.0 20°/₀ intraven.			
1.00		40,0		
3.15		39,7		
3.25			0.18 »	5,55
16. VIII. 10.40		39,4		
10.45			0,23 »	4'35
17. VIII. 9.05		39,8		

№ 10.

Kaninchen 2280 Gramm.

Datum und Tageszeit	Peptongaben in ccm	Temp.	Hämolyse	Zahl der in einem ccm enthaltenem Complementeinheiten.
27. VIII. 10.45		39,9		
12.30			0,23 komplett	4,35
31. VIII. 10.30		39,4		
12.00			0,2 »	5,0
1. VIII. 9.40		39,3		
11.00			0,23 »	4,35
2. VIII. 10.25			0,18 »	5,55
3. VIII. 11.20			0,18 »	5,55
5.40		39,5		
4. VIII. 12.30		39,2		
5. VIII. 9.10		39,4		
9.50			0,18 »	5,55
10,45	1,0 10°/₀			
1.10		39,5		
4.30		40,1		
4.35			0,14 »	7,14
6 20		40,2		
6. VIII. 10.30		39,4		

Datum und Tageszeit	Peptongaben in ccm.	Temperatur	Hämolyse.	Zahl der in einem ccm. enthaltenen Komplementeinheiten	Bemerkungen.
11.10			0,2 komplett	5,0	
2.05		39,9			
8.00	1,5 10°/₀				
7. VIII. 10.45		39,7			
11.40			0,16 »	6,25	
5.00			0,16 »	6,25	
8. VIII. 9.20		39,3			
9.50			0,12 »	8,3	
9.55	2,0 10°/₀				
1.20		40,5			
3.15		40,6			
3.50			0,14 »	7,14	
7.55		40,0			
9. VIII. 9.45		40,3			
10.15			0,14 »	7,14	
10. VIII. 10.10		39,4			
10.35			0,1 »	10,0	
10.40	1,5 20°/₀				
12.55		40,2			
3.40		40,3			
3.45			0,12 »	8,3	
11. VIII. 10.45		39,9			
11.00			0,1 »	10,0	
12. VIII. 10.40		39,6			
11.05			0,2 »	5,0	
12.00	1,5 20°/₀				
1.20		39,6			
3.00		40,3			
7.00		40,3			
13. VIII. 9.45		39,8			
10.15			0,2 »	5,0	
10.25	1,5 20°/₀				
5.00		40,3			
5.10			0,2 »	5,0	

Referate.

J. Gabrilowitsch: Zur Tuberculinbehandlung. Bedeutung des Tuberculinum purum für die Lungenschwindsucht. (Russkij Wratsch, 1908, № 37).

Auf diese in der letzten Nr. des Russkij Wratsch erschienene, sehr bedeutungsvolle Arbeit G.'s seien alle Interessenten hingewiesen. Das neue Tuberculin wird ganz ähnlich dem Kochschen Alt-Tuberculin hergestellt, dann aber durch noch nicht veröffentlichte chem. Verfahren entgiftet, so dass es nie fieberhafte Allgemeinreactionen veranlasst. Dass es aber doch wirksames Tuberculin ist, beweisen die deutlichen Localreactionen, die Verwendbarkeit zu diagnostischen Injectionen, zur Pirquetschen Cutanoreaction und last not least die Heilwirkungen. Das Neue dieses Tuberculins ist also, dass es unschädlich ist, dass Fieber und Complicationen von Seiten anderer Organe keine Contraindicationen sind, dass im Gegenteil, bestehendes Fieber von 37,0° bis 38.5°, wie es scheint, recht präcise zum Schwinden gebracht wird, so dass es auch wohl ambulatorisch angewandt werden kann. Die 75 Krankengeschichten, die G. veröffentlicht, zeigen das Alles sehr anschaulich.

E. Masing.

Dr. Nakano (Tokio) empfiehlt zu diagnostischen Zwecken eine Tuberculinsalbe, die in folgender Weise hergestellt wird: Lanolin wird auf 20—30° C. erwärmt und zu gleichen Teilen mit Alt-Tuberculin vermischt. Ein etwa erbsengrosses Stück dieser Salbe wird auf eine ca. 5 Cm. im Durhmesser betragende Stelle der Bauchhaut im Laufe von $^1/_2$—1 Minute unter leichtem Druck verrieben. Nach 3—6 resp. 24—48 Stunden bilden sich Knötchen resp. Pusteln, die nach 2—5 Tagen wieder verschwinden. Die Salbe zeichnet sich durch Haltbarkeit aus. (Sitzungsberichte der Medicinischen Gesellschaft zu Tokio — Deutsche Med. Wochenschrift № 40, S. 1751)

F. Dörbeck.

Protokolle des IV. Aerztetages
der
Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 11., 12. und 13. November 1907 zu Reval.

1. Sitzung.

Sonntag den 11. November von 11—2 Uhr.

(Fortsetzung folgt).

10. Dr. v. Nottbeck-Weissenstein: **Ueber die Bekämpfung ansteckender Krankheiten auf dem flachen Lande in Estland** (Korreferat):

Nur zögernd bin ich der Aufforderung nachgekommen, über die Bekämpfung ansteckender Krankheiten auf dem flachen Lande zu referieren. Das Thema ist recht undankbar. Geleistet wird zur Zeit in dieser Beziehung recht wenig, Reformvorschläge dagegen sind nicht leicht zu verwirklichen. Die praktische Wichtigkeit des Gegenstandes hat mich aber bewogen, denselben dennoch einer Bearbeitung zu unterziehen, und ich hoffe, dass Sie, meine Herren, bei Ihrer Kritik meine oben erwähnten Bedenken berücksichtigen werden.

Meine Ausführungen, bei denen ich mich möglichster Kürze zu befleissigen versuchen werde, will ich in 2 Teile zerlegen: die bisherige und die zukünftige Bekämpfung ansteckender Krankheiten.

I.

Bei Betrachtung der bisher üblichen Bekämpfung ansteckender Krankheiten beschäftigt uns zunächst die Frage: welche Handhaben bietet uns das Gesetz? Dieses ist sehr buntscheckig, was durch den Umstand hervorgerufen ist, dass Altes und Neues neben einander besteht, alte Gesetze und neue Verordnungen, ganz Unbrauchbares und Nützliches. Zu letzterem zählen u. a. die Anweisungen an die s. g. Sanitäts-Executiv-Commissionen, ebenso die Massnahmen zur Bekämpfung der Cholera, Pest, epidemischen Genickstarre. Ich glaube, auf eine genauere Erörterung über die Gesetzesbestimmungen verzichten zu können, da dieselben im Auszuge aus der Zoege'schen Zusammenstellung der das Sanitätswesen in Estland betreffenden Gesetzesbestimmungen den hier speciell interessierten Landschaftsärzten bereits bekannt sind. Hierzu kommen in neuester Zeit noch die seitens der Landessanitätscommission erlassenen Instruktionen für die Landschaftsärzte, welche betreffend die Epidemiebekämpfung ganz im allgemeinen folgendes vorschreiben: der Landschaftsarzt hat die Art und den Charakter der Krankheit festzustellen, er ergreift die zur Bekämpfung derselben notwendigen Massregeln, berichtet der Polizei und instruiert die Gemeindebeamten und niederen Polizeichargen über die zu ergreifenden Massregeln.

Zuletzt wären noch diejenigen Institutionen zu erwähnen, welche zur Zeit sich an der Bekämpfung von Infectionskrankheiten zu beteiligen haben, das sind: der Gouverneur und die Medicinalabteilung der Gouvernementsregierung, die Gouvernementssanitätscommission und die Kreissanitätscommissionen, die temporären Sanitäts-Executiv-Commissionen, die Kreisärzte, ferner die Landessanitätscommission und die Sanitätsärzte; zum Schluss die Kreis-, Guts- und Gemeindepolizeiverwaltungen.

Wie gestaltet sich nun der Kampf, in den wir gewappnet mit diesem Rüstzeug eintreten? Eine Umfrage bei den Kreisärzten in Estland ergab, dass der Kampf zur Zeit ein recht aussichtsloser ist und ich glaube, dass die bisherigen Erfahrungen der Landschaftsärzte gleichlautend sein werden. Die Hauptursachen zu diesen Miserfolgen sehe ich in Folgendem: die Anzeigepflicht wird gar nicht oder ganz willkürlich gehandhabt, Isolierung ist bei der Bauart der Bauernhäuser und der Unkultiviertheit des Volkes kaum durchführbar, die Desinfection ist aus denselben Gründen sehr erschwert, zudem herrscht grosser Mangel an geschulten Desinfectoren. Der erste Anfang zur Besserung dieser unhaltbaren Zustände ist durch die Sanitätsreform angebahnt worden und zwar durch die Regelung der Schutzpockenimpfung, durch die jährlichen Revisionen von Schulen und Armenhäusern und durch die Herausgabe von Merkblättern über einige Infectionskrankheiten. Das ist aber nur der erste Vorstoss; eine planmässige Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten müsste ungefähr in der Art vor sich gehen, wie ich im folgenden Abschnitt zu skizzieren versuchen werde.

II.

Gegen welche ansteckenden Krankheiten erscheint die Ergreifung besonderer Massnahmen erwünscht? Das Gesetz nennt als anzeigepflichtig: Fleckfieber, Pocken, Masern, Scharlach und andere ansteckende Krankheiten, während die Sanitäts-Executiv-Commissionen Massregeln zu ergreifen haben gegen Cholera und Pest, sowie ferner gegen Fleckfieber, Wechselfieber, Ruhr, Pocken und andere heftige infectiöse Krankheiten im Falle ihrer epidemischen Ausbreitung. Des weiteren haben alle Aerzte per Karte der Medicinalverwaltung zu melden jeden Erkrankungs- resp. Todesfall an Pocken, Masern, Scharlach, Keuchhusten, Diphtherie, Typhus, Fleck- und Rückfallfieber, Ruhr, epidemischer Gastroenteritis, Cholera, Scorbut, Pest, Lepra, Milzbrand, Rotz, Tollwut, Wurst- und Fischvergiftung. Wenn wir von diesen letztgenannten Krankheiten epidemische Gastroenteritis und Scorbut streichen und übertragbare Genickstarre, Kindbettfieber, Trachom, Tuberkulose, Syphilis, Trichinose und Fleischvergiftung hinzufügen, so hätten wir diejenigen ansteckenden Krankheiten, gegen welche bei uns zu Lande ein besonderes Vorgehen angezeigt wäre.

Im Folgenden werden Sie, meine Herren, eine starke Anlehnung an die beiden deutschen Seuchengesetze vom Jahre 1900 und 1905 bemerken, was aber meiner Ansicht nach keinen Fehler bedeutet, denn erstens sind diese Gesetze mit ihren Ausführungsbestimmungen durchaus modern und zweitens sind sie offenbar mit Aufwendung von viel Arbeit und Mühe zusammengestellt worden.

Als erster Punkt wäre jetzt die Anzeigepflicht und die Ermittelung der Krankheit zu betrachten. Es ist jeder Erkrankungs- oder Todesfall an einer der oben genannten Krankheiten (ausgenommen zunächst Tuberkulose und Syphilis), die sich auf Bauerland ereignet, dem zuständigen Gemeindeältesten resp. dessen Gehilfen sofort mitzuteilen. Dieser benachrichtigt davon auf dem kürzesten Wege den betreffenden Sanitätsarzt. Auf Hofsland geht die Mitteilung durch die Gutspolizei, während auf Fabriken deren Leitung die Anzeige zu erstatten hat. Eine besondere Berücksichtigung hätten ferner die Flecken und die Einwohner auf Eisenbahnland zu erfahren.

Sobald der Sanitätsarzt vom Auftreten einer der oben erwähnten ansteckenden Krankheiten erfahren hat, begiebt er sich persönlich an den inficierten Ort oder schickt die Sanitärin hin, um sich über Art, Stand und Ursache der Erkrankung zu unterrichten. Die Sanitärin hat dem Sanitätsarzt sofort das Resultat ihrer Untersuchung mitzuteilen. Falls es die Umstände gebieten, veranlasst der Sanitätsarzt eine bakteriologische Untersuchung verdächtiger Ausscheidungen in einem in Reval befindlichen Laboratorium; zu diesem Zweck ist er mit den entsprechenden Utensilien auszustatten.

Der Sanitätsarzt macht über jede festgestellte ansteckende Krankheit sofort Mitteilung der Kreispolizei, der Medicinalverwaltung und der Landessanitätscommission. Die Kreispolizei meldet sie dem Kreisarzt, bei Zoonosen auch dem Kreisveterinärarzt.

Bei Cholera und vielleicht auch einigen anderen Krankheiten wäre bereits bei Verdacht die Anzeige zu erstatten.

Findet ein Aufenthaltswechsel der Erkrankten statt, so ist solches dem Sanitätsarzt mitzuteilen, sowie der Polizei, wohin Patient verzogen.

Wird von einem Arzte, der nicht Sanitätsarzt ist, ein Fall von ansteckender Krankheit auf dem Lande festgestellt, so hat er darüber, abgesehen von der Mitteilung an die Medicinalverwaltung, sofort den zuständigen Sanitätsarzt zu benachrichtigen. Die Ermittelung der Krankheit seitens des Sanitätsarztes ist in diesem Falle unnötig, falls vom behandelnden Arzt die näheren Umstände festgestellt wurden. Auch ist es dem behandelnden Arzte unbenommen, die etwaigen Schutzmassregeln zu veranlassen, jedoch hat solches im Einvernehmen mit dem Sanitätsarzt zu geschehen.

Das Volk ist durch Merkblätter über das Wesen, die Verhütung und Bekämpfung der Infectionskrankheiten zu belehren und beim Auftreten einer solchen durch Anschläge an die Anzeigepflicht zu erinnern.

Nachdem der Ausbruch einer Infectionskrankheit festgestellt worden ist, ergreift der Sanitätsarzt unter Mithilfe der Polizei, die der betreffenden Krankheit entsprechenden Schutzmassregeln, deren Ausführung je nach Bedarf vom Sanitätsarzt zu controllieren ist. Auf Verlangen der Medicinalverwaltung oder der Landessanitätscommission hat der Sanitätsarzt die Institution über diese betreffende Epidemie auf dem Laufenden zu erhalten.

Im Allgemeinen kommen u. A. folgende Schutzmassregeln in Sprache: Assanierung der Wohnungen (mit den Knechtswohnungen auf den Gütern wäre zu beginnen), Fürsorge für die Wasserversorgung und Fortschaffung der Abfallstoffe, darunter auch der Fäcalien (besonders bei Cholera, Typhus, Ruhr), Revision der Schul- und Armenhäuser, Schutzpockenimpfung, Belehrung des Volkes auf mündlichem und schriftlichem Wege (Merkblätter, Presse), Isolierung im Hause oder Isolierhause resp. Hospital, fortlaufende und Schlussdesinfection, Gründung des Institutes der weiblichen Sanitäre, Verbot des Schulbesuches und Schulschluss, Einschränkung des Aufenthaltswechsels bei gewissen Krankheiten, Beobachtung Kranker sowie krankheits- und ansteckungsverdächtiger Personen

bei bestimmten Krankheiten, Verbot von Massenversammlungen (Märkten etc.), Verbot des Abhaltens von Impfterminen an inficierten Ortschaften, sowie Verbot, Kinder aus inficierten Häusern zu den Terminen zu bringen, Aufsichts- und Vorbeugungsmassregeln im Gewerbebetrieb (Milchhandel, Speise- und andere Handlungen, die in direkter Verbindung mit der inficierten Wohnung des Handeltreibenden stehen, etc., Kennzeichnung der Häuser bei gewissen Krankheiten, Controlle der Lehrkinder (besonders Trachom, Lues, ev. Tuberkulose) und Verbot des Confirmandenbesuches aus inficierten Gegenden, Unterweisung der Lehrer über Hygiene und Infectionskrankheiten (während der s. g. pädagogischen Kurse), Behandlungszwang bei Trachom und Syphilis, Vorsichtsmassregeln bei Behandlung der Leichen. Bei Verdacht auf Cholera und ev. einige andere Krankheiten (Typhus) sind die Schutzmassregeln wie bei festgestellter Cholera etc. zu ergreifen.

Von diesen Massregeln möchte ich einige einer etwas genaueren Besprechung unterziehen.

Isolierung käme u. A. bei folgenden Krankheiten in Sprache: Pocken, Scharlach, Diphterie, bösartigen Masern, Typhus, Ruhr. Der Insolierte soll möglichst nur mit seinem Pflegepersonal in Berührung kommen; hat in Ausnahmefällen eine Berührung mit anderen Personen stattgefunden, so haben sich diese letzteren den erforderlichen Desinfectionen zu unterwerfen. Die Isolierung eines Kranken ausserhalb seiner Wohnung gegen seinen Willen resp. desjenigen seiner Angehörigen kann angeordnet werden, wenn zu Hause die Isolierung unmöglich ist und der Zustand des Kranken den Transport gestattet. Bei Cholera und ev. einigen anderen Krankheiten wären auch die Krankheits- und ansteckungsverdächtigen Personen zu isolieren, jedoch getrennt von den Kranken.

Die Isolierung kann statt haben im Hause des Kranken, im Isolierhause resp. im Hospital. Vorsichtsmassregeln beim Krankentransport (Desinfection des Gefährtes, entspr. Massnahmen bei Beförderung per Eisenbahn etc.).

Die Isolierhäuser wären in den Dörfern zu errichten, wobei mehrere näher bei einander gelegene Dörfer ein gemeinsames Isolierhaus haben würden. Dieses hätte zu bestehen aus 2 Krankenzimmern, jedes zu 2 Betten, 1 Aufenthaltsraum für die Pflegerin, 1 Küche für Pflegerin und Kranke, Waschküche, Bade- und Desinfectionsraum, im Ganzen 7 Räume (cf. Plan von Architekt Schott). Was die Ausstattung der Isolierhäuser betrifft, so würden das Mobiliar, die Bettwäsche, das Küchen- und Waschgeschirr zum ständigen Inventar gehören, die Leibwäsche müssten wohl die Kranken selbst mitbringen, während die Apotheke jedesmal vom Sanitätsarzt hingeschickt wird.

Die Desinfection ist als eine fortlaufende, d. h. während der ganzen Krankheitsdauer auszuführende, und eine Schlussdesinfection gedacht. Sie ist angezeigt u. A. bei Pocken, Scharlach Diphtherie, bösartigen Masern, Kindbettfieber, Typhus, Ruhr, Lepra (und ev. Tuberkulose) und ist nach Vorschrift des Sanitätsarztes unweigerlich auszuführen. Der Desinfection unterliegen sowohl Personen als auch inficierte Räume, Gegenstände, Wäsche und Kleidung, Ausscheidungen der Kranken etc., wowei zu bemerken ist, dass das Desinfectionsverfahren bei den verschiedenen Krankheiten nicht das Gleiche ist. Als Desinfectionsmittel kämen in Sprache: $2^1/_2$ pCt. Cresolwasser oder 30 pCt. Carbolsäurelösung, 1 ‰ Sublimatlösung, frische Kalk- und Chlorkalkmilch, Formaldehyd, Schmierseife, Wasserdampf, Auskochen und Verbrennen. Was die Desinfection im Einzelnen betrifft, so wären Zimmer mit Formaldehyd zu behandeln oder auf nachfolgende Art: nachdem das Zimmer 12 Stunden geschlossen gestanden, wird die Diele mit heisser Schmierseifenlösung begossen und gewaschen, hierauf Tünchen der Wände mit Kalk, Abreiben der Türen, Fenster und des Mobiliars mit Sublimat, danach gute Lüftung. Während der Krankheit ist der Fussboden des Krankenzimmers täglich feucht aufzuwischen, ev. mit Zuhilfenahme von Cresolwasser. Die Wäsche und Waschkleider liegen 2 Stunden in Cresolwasser oder werden ausgekocht, Kleidungsstücke werden mit Formaldehyd desinficiert. Die Ausscheidungen des Kranken werden zu gleichen Teilen mit Kalkmilch oder Sublimat vermischt und 2 Stunden stehen gelassen. Ess- und Trinkgeräte sind auszukochen oder in heisser Schmierseifenlösung liegen zu lassen. Kehricht, Bettstroh und überhaupt geringwertige Gegenstände sollen verbrannt werden. Die Sitzbretter etc. in den Aborten sind mit Sublimat abzuwaschen, in die Gruben ist Kalkmilch zu schütten. Bade- und Schmutzwässer werden mit Chlorkalkmilch desinficiert. Hände und sonstige Körperteile sind mit warmem Wasser und Seife zu waschen und mit Sublimat zu bürsten, Vollbäder. Besonders ist das Pflegepersonal zur Einhaltung der Desinfectionsregeln anzuhalten, betreffend Körper, Wäsche und Kleidung; es darf undesinficiert nicht mit anderen Personen verkehren.

Jeder Sanitätsarzt müsste zu seiner Disposition einen Formalindesinfectionsapparat haben. Die Desinficientien hätte er aus der ihm zunächst belegenen Apotheke auf Landschaftskosten zu erhalten.

Zum Schluss möchte ich zum Vergleich die Preise einiger der oben erwähnten Desinficientien angeben:

10 Liter 3 pCt. Carbollösung = 55 Cop. (verbraucht 330,0 acid. carbol. liquefactum).

10 Liter $2^1/_2$ pCt. Lysollösung = 25 Cop. (verbraucht 250,0 Lysol. puriss. Rossic, Lysol. Germanic. würde 35 Cop. kosten).

10 Liter 1 pCt. Sublimat = 7 Cop. (verbraucht 10,0 Sublim.).

Bei Engroseinkauf (d. h. 20 Pfd. und mehr) werden Pudpreise berechnet, was eine erhebliche Verbilligung bedeutet.

Weibliche Sanitäre. Sie wären in der Zahl von 2—4 pro Kreis von der Landschaft anzustellen und zu gagieren. In einem Krankenhaus in Reval würde ihre Ausbildung erfolgen, welche zu bestehen hätte in der Klinik der Infectionskrankheiten und Hygiene, Technik der Desinfection und Schutzpockenimpfung. Ihre Gage wäre entsprechend derjenigen der Landschaftshebammen zu normieren, während sie bei Dienstleistungen pro Tag von den Gemeinden resp. den Höfen zu honorieren wären (und Beköstigung und freies Gefährt). Die Tätigkeit der Sanitärin während einer Epidemie wäre folgende: bei Ausbruch einer Infectionskrankheit begiebt sie sich auf Anordnung des Sanitätsarztes an den inficierten Ort und ergreift daselbst mit Unterstützung der Polizei die notwendigen Schutzmassregeln, sie hat für Behandlung, Isolierung, Desinfection etc. zu sorgen und den Sanitätsarzt über den Stand der Krankheit auf dem Laufenden zu erhalten. Der Sanitärin sind alle Neuerkrankungen zu melden und ihr ist seitens der Einwohnerschaft jegliche Mithilfe zu erweisen. Die Sanitärinnen könnten auch als Pockenimpfer angestellt werden. Betreffend die Frage, wer über die Sanitärinnen direct zu verfügen hat, halte ich es für unpractisch, wenn die einzelnen Abkommandierungen durch die Landessanitätscommission veranlasst würden, es wäre zweckentsprechender, wenn in jedem Kreise ein Sanitätsarzt damit betraut würde, er als Ortsansässiger hat einen besseren Ueberblick über seinen Kreis und wird schneller seine Dispositionen treffen können.

Verbot des Schulbesuches und Schulschluss. Verbot des Schulbesuches besteht laut Gesetz für Kranke und mit diesen in Berührung Gekommene bei Scharlach, Masern, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Diphtherie und Pocken; es fehlen hier u. A. Typhus, Ruhr, Trachom; überflüssig ist der Ausschluss der mit Kranken zusammen Gewesenen bei Röteln, Windpocken, Mumps, ev. auch bei Masern. Die Wiederaufnahme des Schulbesuches seitens der Genesenen sowie ev. deren Geschwister hat nach Bad und ev. Desinfection zu erfolgen. Schulschluss käme besonders bei Scharlach und Diphtherie in Frage in Klein-Kinderschulen ev. auch bei Keuchhusten und Masern. Der Schulschluss bei Scharlach und Diphtherie wird wohl hauptsächlich dann in Frage kommen, wenn die Schule selbst ein Infectionsherd ist (z. B. bei Erkrankung in der Familie des Lehrers, unter Pensionären).

Schulschluss und Wiedereröffnung der Schule (nach gründlicher Reinigung und Desinfection) geschieht auf Anordnung des Sanitätsarztes unter entsprechender Benachrichtigung des Volksschulinspectors.

Während des Herrschens einer Epidemie haben die Lehrer auf Neuerkrankungen unter den Schulkindern aufzupassen, sowie Krankheitsverdächtige vom Schulbesuch fern zu halten. Ueber jede Erkrankung ist der Sanitätsarzt sofort vom Lehrer zu benachrichtigen.

Beobachtung kranker, sowie krankheits- und ansteckungsverdächtiger Personen. Unter krankheitsverdächtigen Personen sind solche zu verstehen, welche Krankheitserscheinungen darbieten, die den Ausbruch einer Infectionskrankheit befürchten lassen, während als ansteckungsverdächtig solche bezeichnet werden, die, ohne krank zu sein, den Ansteckungsstoff aufgenommen zu haben verdächtig sind. Die Beobachtung käme in Frage bei Cholera, Pocken, ev. Typhus und Ruhr und würde darin bestehen, dass, abgesehen von eventueller bacteriologischer Untersuchungen, über den Zustand der betreffenden Personen vom Sanitätsarzt resp. der Sanitärin zeitweise Erkundigungen eingezogen werden.

Leichen. Besondere Vorsichtsmassregeln bei der Behandlung von Leichen kämen in Sprache u. A. bei Pocken, Diphtherie, Scharlach, Typhus, Ruhr. Einhüllen der Leiche in Sublimattücher, Füllung des Sargbodens mit Sägespänen oder einem anderen aufsaugenden Stoffe, schnelle Einsargung und Beerdigung, die laut Gesetz früher als 3 × 24 Stunden erfolgen darf. Verbot der Leichenschmäuse.

Gegen eine Beerdigung aus der Kirche ist nicht viel einzuwenden, falls die Leiche auf oben erwähnte Art behandelt worden ist und kein Verdacht vorliegt, dass durch die Angehörigen Infectionskeime (z. B. bei Pocken, Scharlach) weiter verschleppt werden könnten.

Nachdem hiermit die Schutzmassregeln im Allgemeinen besprochen sind, möchte ich noch die practisch wichtigsten Infectionskrankheiten mit den ihnen eigenen Schutzmassnahmen anführen, wobei im Folgenden das Höchstmass dessen ange-

geben ist, was bei den einzelnen Krankheiten angeordnet werden darf. Erwähnt sei noch, dass auf gesetzlichem Wege die Massregeln gegen Cholera, Pest und epidemische Genickstarre bereits festgesetzt sind.

Diphtherie: Isolierung; prophylactische und curative Seruminjection; Kontrolle des Gewerbebetriebes; Fernhaltung vom Schulbesuch der Kranken und der mit ihnen in Berührung Gewesenen, ev. Schulschluss; Desinfection; Vorsichtsmassregeln bezüglich der Leichen.

Scharlach: dito mit Ausnahme der Seruminjection.

Pocken: Isolierung; Impfung; kein Aufenthaltswechsel der Erkrankten; Beobachtung; Verbot von Massenversammlungen; Verbot des Schulbesuches; Kontrolle des Gewerbebetriebes; Desinfection; Kennzeichnung der inficierten Häuser; Vorsichtsmassregeln bezüglich der Leichen.

Masern: Verbot des Schulbesuches für Kranke und ev. für die in Berührung mit Kranken Gewesenen, ev. Schliessung von Klein-Kinderschulen; bei bösartigen Fällen Isolierung und Desinfection.

Typhus und Ruhr: Isolierung; Kontrolle der Wasserversorgung und Fortschaffung der Abfallstoffe (besonders der Faecalien); Kontrolle des Gewerbebetriebes; Verbot des Schulbesuches für Kranke und mit ihnen in Berührung Gewesene, ev. Verbot des Aufenthaltwechsels, Beobachtung, Verbot von Massenversammlungen, Desinfection; Vorsichtsmassregeln bezüglich der Leichen.

Keuchhusten: Verbot des Schulbesuches für Kranke und mit ihnen in Berührung Gewesene, ev. Schliessung von Klein-Kinderschulen; Unterweisung der Angehörigen und Nachbarn über die Infectiosität.

Kindbettfieber: Anzeigepflicht der Hebamme, welche Verkehrsbeschränkung erleidet; fortlaufende Desinfection.

Trachom: Verbot des Schulbesuches; ev. Zwangsbehandlung.

Inbetreff der Syphilis und Tuberculose ist es schwierig, mit bestimmten Vorschlägen zu kommen. Bei uns in Jerwen hat sich bei Lues folgender Modus vielfach gut bewährt: die der Infection verdächtigen Personen werden von der Gemeindeverwaltung zur Untersuchung dem Kreisarzt zugeschickt; erweisen sie sich als krank, so werden sie im Hospital interniert und haben sich nach beendeter Kur zu bestimmten Zeiten wieder vorzustellen. Hierzu ist ferner zu bemerken, dass nach dem Gesetz jeder Hauswirt auf dem Lande an Geschlechtskrankheiten Erkrankte dem Gemeindeältesten anzeigen muss.

Die Massnahmen gegen die Tuberculose, welche besonders auch die Schulkinder berücksichtigen müssten, werden wohl von dem zu gründenden Verein zur Bekämpfung der Tuberculose in Estland ausgearbeitet werden.

Wir kommen jetzt zur delicatesten Seite unseres Themas, zur Kostenfrage. An den Kosten hätten sich zu beteiligen: die Landschaft, die Gemeinden und die Höfe. Auf die Landschaft würden entfallen: die Extravergütungen an die Sanitätsärzte (+ freie Fahrt), die fixe Gage für die Sanitärinnen, die Desinfection und Desinfectionsapparate, die Merkblätter. Auf die Gemeinden kämen: die Isolierhäuser (ev. unter Mithilfe der Güter), deren Inventar, Beheizung und Beleuchtung, Beköstigung der Isolierten, Medicamente, Honorierung der Sanitärinnen (+ Beköstigung und freie Fahrt). Desgleichen zahlt die Gemeinde für die Hospitalbehandlung infectiöser Kranker, für Zwangsbehandlung Trachomatöser und Luetiker.

Die Höfe hätten die analogen Zahlungen zu leisten, falls es sich um Hofsbedienstete handelt, ebenso Fabriken für ihre Angestellten. Eine besondere Berücksichtigung hätten zu finden die Einwohner in Flecken und Leute auf Hofsland, die keine Hofsbediensteten sind.

Für durch Desinfection verdorbene Gegenstände sind von Gemeinden (resp. Höfen) armen Leuten Entschädigungen zu zahlen (Taxation durch die Kreispolizei falls kein Vergleich zu Stande gekommen ist).

Wenn wir jetzt zu den gesetzlich festgesetzten Strafbestimmungen übergehen, so ist zu bemerken, dass sie genügende Handhaben bieten.

Die Bestimmungen lauten:

Für nicht rechtzeitiges Anzeigen einer ansteckenden Krankheit werden die Schuldigen verurteilt: zu eine Geldbusse nicht über 100 Rbl. (Fried.-St. Art. 102[1]).

Wegen Nichtbefolgung der Vorsichtsmassregeln gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten werden die Schuldigen verurteilt: zu Arrest nicht über 3 Monate oder zu einer Geldbusse im Betrage von nicht über 300 Rbl. (Fried.-St. Art. 102) Ev. kann eine Bestrafung durch das Gemeindegericht stattfinden 25 Cop.—1 Rbl.).

Zeigt ein freipracticierender Arzt das Auftreten einer ansteckenden Krankheit nicht unverzüglich der örtlichen Medicinalobrigkeit an, so unterliegt er einer Geldstrafe von nicht über 100 Rbl. (Str.-Ges. Art. 857[2]).

Ebenso erfolgt Bestrafung der Ortspolizei für Unterlassung von Schutzmassregeln, desgleichen der im Staatsdienst stehenden Arzte für Unterlassung der Anzeige an die Medicinalverwaltung.

Es hätte ferner Bestrafung einzutreten für den Fall, dass dem Sanitätsarzt oder der Sanitärin der Zutritt zum Kranken verweigert wird. Straffälligkeit der Hebammen und des Pflegepersonals wegen Nichtbefolgung der Vorgeschriebenen Quarantäne- und Desinfectionsbestimmungen.

Was zum Schluss die im 1. Teil erwähnten Behörden und Institutionen betrifft, so stehen im Centrum der Tätigkeit die Sanitätsärzte mit den Sanitärinnen und die verschiedenen Polizeiverwaltungen. Als Centralorgane functionieren die Medicinalverwaltung und die Landessanitätscommission. Die Kreisärzte und ihre Feldscher wären wohl bloss im Falle der Not zur Bekämpfung besonders gefährlicher Infectionskrankheiten heranzuziehen, in ähnlichen Fällen würden dann wohl die verschiedenen Sanitätscommissionen in Tätigkeit treten.

Nach kürzlich gehabter Besprechung mit dem Herrn Medicinalinspector kann ich Ihnen, meine Herren, mitteilen, dass letzterer mit der Einführung einer verbindlichen Verordnung betreffend die Bekämpfung ansteckender Krankheiten in Estland durchaus einverstanden ist und dieselben gerne wohin gehörig zur Bestätigung vorstellen wird.

Meine Herren, in Preussen hat die Sterblichkeit an Infectionskrankheiten im Zeitraume 1875—1900 um fast 50 pCt. abgenommen, während die Sterblichkeit an den übrigen Krankheiten bloss um 3 pCt. gesunken ist. Die Abnahme der Sterblichkeit an Infectionskrankheiten beruht auf erfolgreicher Prophylaxe, sagt Kirchner und fügt hinzu, «das Ziel und der Angelpunkt der Hygiene ist die erfolgreiche Bekämpfung der Infectionskrankheiten, und die möglichste Vervollkommnung der Bekämpfungsmassregeln ist die wichtigste und lohnendste Aufgabe der Medicinalverwaltung».

Discussion. Auf Anfrage des Präses wird beschlossen, den Wünschen der Landessanitätscommission nachzukommen und das gesammte Material derselben zu überlassen.

Prof. Dehio spricht seine Anerkennung der Verdienste der Ritterschaft und Aerztlichen Gesellschaft in Bezug auf die Regelung des Sanitätswesens in Estland aus, welche ähnlich wie die Leprafrage, fussend auf einer richtigen Auffassung, mit Geschick hier durchgeführt sei.

In Bezug auf die Bekämpfung der Infectionskrankheiten wird beschlossen, eine verbindliche Verordnung für dieselben und eine Desinfectionsordnung für Estland auszuarbeiten und mit dieser Aufgabe eine Commission zu betrauen, bestehend aus den Herren Dr. Haller, v. Nottbeck, Kusmanoff, Lockenberg, Thomson, Schröppe, Masing und Kupffer.

Der Präses spricht den Herren Vertretern der Landessanitätscommission und Herrn Architecten Schott seinen Dank für ihr Erscheinen aus.

Landrat Baron Traubenberg dankt der Aerztlichen Gesellschaft für das freundliche Entgegenkommen und Herrn Prof. Dehio für die anerkennenden Worte.

---

2. Sitzung.

(Fortsetzung der Tagesordnung der I. Sitzung).

Dr. Lockenberg-Luggenhusen: Erfahrungen des Landschaftsarztes in Bezug auf die Estländische Sanitätsreform.

Da der Wunsch vorlag, dass auf dem Estländischen Aerztetage Landschaftsärzte sich über den Verlauf der Sanitätsreform äussern, so habe ich es versucht, mich der Aufgabe zu unterziehen das mitzuteilen, was mir im Verlauf meiner Tätigkeit als Landschaftsarzt in Bezug auf gute Erfolge und auch negative Resultate und deren Ursachen am Wesentlichsten erschienen ist.

Wegen kurzer Dauer des Bestehens der Sanitätsreform können Erfahrungen dieser Art nicht sehr reichhaltig sein, und als persönliche nur auf den IV. Wierländischen S.-Bezirk Bezug haben mit Berücksichtigung einiger Ergebnisse aus den benachbarten Bezirken. Auch kann ich hier keine Belege durch statistisches Material vorlegen. Die aus der Erkentnis des grossen Mangels der sanitären Verhältnisse auf dem flachen Lande Estlands hervorgegangene Organisation des Sanitätswesens soll zum Zweck haben eine Verstärkung der landlichen Fürsorge für das Medicinal- und Sanitätswesen durch Anstellung von Landschaftsärzten, resp. Vermehrung der Zahl auf dem Lande wohnender Aerzte, Hebammen und Einrichtung von Krankenstationen. Die Tätigkeit der Landschaftsärzte sollte sich hauptsächlich erstrecken auf ärztliche Beaufsichtigung der Volksschulen, des Armen- und des Impfwesens, auf Bekämpfung epidemisch auftretender Krank-

heiten, wobei auch als praktischer Nutzen zu erwarten wäre eine langsame und stetige Verbreitung unter der Bevölkerung von richtigen Begriffen über die elementarste Hygiene, über Ansteckungsgefahr und gesundheitwidrige Gewohnheiten.

Ueber die Ergebnisse meiner Tätigkeit in Bezug auf diese einzelnen Punkte möchte ich nun Mitteilung machen.

Als Wesentliches werde ich zuerst das Verhalten der Bevölkerung und der Gemeindeverwaltungen gegenüber der Tätigkeit des Landschaftsarztes betrachten.

Der Anstellung des Landschaftsarztes, der auch zugleich praktischer Arzt ist, liegt die Idee zu Grunde, dass der L-arzt der Bevölkerung näher stehen soll zwecks besserer Beaufsichtigung seines Rayons und Einwirkung auf die Bevölkerung in sanitärer Hinsicht. Dieser Zweck wäre nur dann ganz erreicht, wenn die Landbevölkerung sich auch direct aus eigener Initiative an den L-arzt wendet wegen Rates in sanitären Fragen. Solch ein verständnisvolles Verhalten der Bevölkerung ist bisher wenig zu bemerken gewesen und kann sich erst nach längerer Zeit einstellen, wenn Unkenntnisse und Indolenz behoben werden. — Von Seiten der Gemeindeverwaltungen, denen ich auseinandergesetzt habe, dass sie sich in jeder sanitären Frage an den L-arzt wenden müssen, bin ich häufig um Rat gefragt worden, so bei Schulremonten, Bau eines Armenhauses, Untersuchung auf Arbeitsfähigkeit von Gemeindearmen etc. — Jedenfalls muss aber fürs Erste der L-Arzt häufig selbst die Initiative ergreifen. Dass meinen Ratschlägen, die aber dann meistens als directes «Muss» erteilt werden, Folge geleistet werde, habe ich in den wichtigsten Fällen durchsetzen können, abgesehen von Punkten die weitere Erörterung fordern.

Zu den Pflichten des Landarztes gehören alljährliche Revisionen der Volksschulen. Wenn der L-arzt sich hier die Ziele nicht zu hoch steckt, so eröffnet sich ihm ein Gebiet, wo er vieles mit gutem Erfolge erreichen kann.

Die Schulgebäude und Klassenzimmer sind im 8. Bezirk durchschnittlich als mittelmässig zu bezeichnen, und wo gröbere Mängel vorhanden waren, sind sie zum Teil schon umgeändert; so ist ein Schulhaus neugebaut, ein anderes umgebaut und in anderen sind Remonten vorgenommen worden. Dass mir dieses gelungen ist durchzuführen, schreibe ich dem Umstande zu, dass hier die Höfe für die Baulichkeiten der Schulhäuser Sorge tragen. Auch habe ich nur das erreichbare verlangt.

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Wenn die Choleraepidemie auch allmählig überall in Russland nachlässt, so ist man doch allgemein der Ansicht, dass im Frühjahr ein erneuter Ausbruch der Epidemie zu befürchten ist. Mit Rücksicht hierauf wurde auch in der Sitzung der St. Petersburger Stadtduma am 19. September die Notwendigkeit der Einrichtung von neuen Hospitälern für Cholerakranke ins Auge gefasst und zwar wurde in Anbetracht der Kürze der Zeit beschlossen, Holzbaracken an den städtischen Krankenhäusern zu diesem Zweck zu erbauen. Es wird geplant, 25 solche Baracken bis zum 1. März 1909 fertigzustellen. Wollen wir hoffen, dass dieser Plan sich eher verwirklicht, als so mancher andere von der Stadtduma projectierte.

— Wiederholt ist bekanntlich die städtische Sanitätskommission vom Stadthauptmann auf den jeder Beschreibung spottenden antisanitären Zustand des Ssytny-Marktes auf der Petersburger Seite aufmerksam gemacht worden. Doch erst jetzt, wo die Residenz von der Cholera heimgesucht wird, beginnt die Stadtverwaltung sich dieses Infectionsherdes anzunehmen. Auf einer Sitzung des Stadtamtes wurde beschlossen, den Ssytny-Markt zuschliessen und die Pächter der Läden hierüber in Kenntnis zu setzen. (St. Petersburger Zeitung, Nr. 260).

— Der Stadtverwaltung ist von der Petersburger Kreislandschaft soeben die Mitteilung über den Ausbruch der Rindertuberkulose in der Pargalaschen Wolost zugegangen. Um dem Umsichgreifen der Krankheit ein Ziel zu setzen, hat die Landschaft von den Bauern 164 Kühe aufgekauft und sie töten lassen. Bei der hierauf vorgenommenen bakteriologischen Untersuchung konnte jedoch nur bei vier Kühen zweifellos Tuberkulose konstatiert werden. Für das getötete Vieh hat die Landschaft 13.540 Rbl. bezahlt.

— Die vorzeitige Entlassung der genesenen Cholerakranken aus den Stadthospitälern ist eine Frage, welche seit einiger Zeit die städtische Sanitätskommission beschäftigt, die mit Recht es für unzulässig erklärt, dass Personen, die an der Cholera erkrankt waren, aus dem Hospital entlassen werden, sobald alle klinischen Erscheinungen vorüber sind, da ja auch nach der Genesung solche Personen für längere Zeit als Bacillenträger anzusehen sind, die die Krankheit weiter verbreiten können. Daher fordert die Sanitätskommission den Stadthauptmann und die Stadtduma auf, den Hospitalverwaltungen die frühzeitige Entlassung der Personen, die die Cholera überstanden haben, zu verbieten. Es darf aber nicht vergessen werden, dass die frühzeitige Entlassung deshalb geübt wird, weil die Hospitäler überfüllt sind und lange nicht dem vorhandenen Bedürfnis entsprechen. Darum greift die Hospitalverwaltung häufig notgedrungen zur frühzeitigen Entlassung, um Raum für die neu ankommenden Kranken zu schaffen, wenn auch die Aerzte sich dessen bewusst sind, dass ein solches Verfahren nicht zweckmässig ist.

— Die bei dem St. Petersburger Stadthauptmann eingelaufenen Spenden zum Zweck der Bekämpfung der Cholera haben bereits die Höhe von 60297 Rbl. 45 Kop. erreicht. Dieses Geld wird vorzugsweise zur Verbesserung der Nahrung der ärmsten Residenzbevölkerung verwandt. Gegenwärtig sind 3 Speisehallen für 1900 Personen eröffnet und ausserdem wird aus 21 Speisehäusern verschiedener Wohltätigkeitsgesellschaften Mittagessen verabfolgt zum Preise von 8 Kopeken pro Mahlzeit. Zu diesem Zweck sind Coupon-Bücher hergestellt für 10—25—50 Mahlzeiten, die in verschiedenen Handlungen der Stadt verkauft werden. Privatwohltäter können solche Bücher kaufen und dann einzelne Billete daraus oder ganze Bücher an Arme verteilen, was jedenfalls rationeller sein dürfte als das Darreichen von Almosen an professionelle Bettler. Am 18. September wurden in verschiedenen Speisehäusern an Arme 2983 bezahlte und 4105 unentgeltliche Mahlzeiten verabfolgt.

— Die Zahl der Choleraerkrankungen während der 24 Stunden vom 21. bis zum 22. September betrug 141, die sich folgendermassen verteilen:

	Vorhanden	Hinzugekommen	Verstorben	Genesen	Verblieben
Obuchow-Männerhospital	317	22	8	20	311
» Frauenhospital	104	8	8	9	95
Peter-Paul-Hospital	177	15	12	16	164
Alexander-Hospital	223	28	8	20	223
Maria-Magdalenen-Hospital	104	16	8	15	97
Botkinsches Barackenhospital	319	27	19	30	297
Wiborger Männerhospital	38	4	2	3	37
» Kinderhospital	91	8	4	14	81
Marien-Hospital	20	1	2	2	19
Kalinkin-Hospital	101	4	—	20	82
Klinik des Prof. Tschistowitsch	58	—	3	14	44
Palais-Hospital	13	1	—	—	14
Putilow-Hospital	8	—	—	3	5
Elisabeth-Kinderhospital	10	1	—	—	11
Alafusow-Hospital	77	3	—	1	7
Obuchow-Fabrikhospital	7	1	—	1	7
Ssemenow. Militärhospital	60	1	—	5	56
Alexandrowsk. Fabrikhospital	5	—	—	—	4
Zellengefängnis	4	—	—	—	4
Nikolai-Militärhospital	2	1	—	—	3
Hospital beim Tschesmenschen Asyl	1	—	—	—	1
Im ganzen	1730	141	72	172	1626
Seit Beginn der Epidemie, d. h. seit 27 Tagen		4491	2569	2236	1636

— Verbreitung der Cholera in Russland vom 14. bis zum 20. September:

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Vom Beginn der Epidemie Starben
St. Petersburg mit den Vorstädten	1535	703	24. Aug.	6105	2436
	v. 12.—18. Sept.				
Stadt Kronstadt	29	17	31. Aug.	132	56
Gouv. St. Petersburg	90	26	27. »	183	69
» Astrachan	41	33	9. Juli	1692	814
» Ssaratow	60	32	8. »	1249	726

Gouv. Ssamara	115	46	8. Juli	1182	546
» Ssimbirsk	44	13	18. »	185	71
» Nishnij-Nowgorod	47	20	24. »	708	298
» Kasan	11	6	23. »	215	100
» Kostroma	40	19	2. Aug.	220	108
» Jaroslaw	44	24	6. »	263	131
» Twer	9	7	10. »	28	16
» Nowgorod	3	1	18. »	11	3
» Pskow	1	2	30. »	5	4
» Moskau	2	2	6. »	15	6
» Tambow	22	16	22. »	87	14
» Kursk	3	1	14. »	25	10
» Charkow	2	—	26. Juli	8	5
» Poltawa	7	6	19. Aug.	87	49
» Kiew	150	55	12. »	481	100
» Tschernigow	5	3	23. Aug.	19	6
» Jekaterinoslaw *)	265	131	3. Sept.	578	266
» Cherson	1	—	27. Aug.	6	2
Stadt Odessa *)	7	5	1. Sept.	18	11
Stadt Sewastopol	1	—	19. »	1	—
Gebiet der Don-Kosaken	264	155	22. Juli	2446	1105
Stadthauptmannschaft Rostow a. Don	40	22	19. Juli	1131	511
Stadthauptmannschaft Kertsch	14	6	13. Aug.	67	37
Stadthauptmannschaft Baku	10	9	25. Juli	161	86
Gouv. Jelisawetpol	66	52	30. Aug.	236	166
Terek-Gebiet	22	12	13. Aug.	87	45
Gouv. Tiflis	9	9	8. Sept.	154	91
Ural-Gebiet	12	9	10. Aug.	632	352
Stadt Tscheljabinsk	3	—	13. Sept.	3	—
Gebiet Akmolinsk	45	17	29. Aug.	50	22
Gouv. Tomsk	6	4	14. Sept.	6	4
» Minsk	11	5	8. »	12	5
Stadt Warschau	1	1	9. »	2	2
Gouv. Estland	6	—	14. »	6	—
Gouv. Witebsk, Kreis Dwinsk	1	1	15. »	1	1
» Livland	8	3	11. »	9	4
» Wjatka, Stadt Jelabuga	1	1	13. »	1	1
Im Ganzen	3251	1571		19612	8947

In vielen Gouvernements die früher in der Liste der cholerainficierten standen, ist die Epidemie erloschen. Die Gesamtzahl der Erkrankungen und Todesfälle hat eine bedeutende Abnahme erfahren. In der vergangenen Woche waren nämlich im ganzen Reich 4922 Personen erkrankt und 2281 gestorben (nach neueren Ergänzungsdaten der «Anti-Pest-Commission»).

— Wie viel die Wohlfahrtseinrichtungen in den russischen Städten zu wünschen übrig lassen, ist aus folgenden Daten des Jahrbuchs des Centralen statistischen Comitees («Jeshegodnik»). die wir einem Referat des Regierungsanzeigers entnehmen, zu ersehen. Von den 1082 Städten des Reiches besitzen nur 192 = 17,7 pCt. eine Wasserleitung. Canalisation ist nur in 38 Städten = 3,5 pCt. vorhanden, und zwar in Sibirien in keiner einzigen Stadt. Beleuchtet werden nur 896 Städte = 82 pCt.; elektrische Beleuchtung besteht nur in 74 Städten, Gasbeleuchtung in 35. In Centralasien giebt es keine einzige Stadt mit Gasbeleuchtung, in Sibirien nur eine, dagegen haben 5 Städte Sibiriens schon elektrische Beleuchtung und auch in einer Stadt Centralasiens ist dieselbe eingeführt. Schlachthäuser gibt es in 897 Städten = 83 pCt. Electrische Bahnen giebt es in 55 Städten, Telephone in 182 Städten. Alle angeführten Wohlfahrtseinrichtungen sind in ihrer Gesamtheit eingeführt in den Gouvernements Kurland und Moskau und z. T. in Livland und Taurien. Von allen Gouvernements des Europäischen Russlands ist es am traurigsten mit den Gouvernements Podolien und Olonez bestellt, wo nicht einmal alle Städte beleuchtet werden, während Wasserleitung, Canalisation, electrische und Gasbeleuchtung ganz fehlen. (Prawitelstwennyi Westnik, Nr. 206).

— Moskau. Amtlich wird hier keine Choleraepidemie constatiert. Die Erkrankungen, die bisher notiert wurden, sollen sämtlich aus Petersburg oder der Provinz eingeschleppt worden sein. «Als sichtbares Zeichen, dass etwas zum Schutz vor der Cholera geschieht», so schreibt der Correspondent der «St. Petersburger Zeitung», «fanden die Bewohner Moskaus am Mittwoch früh in den Strassen die Böschungen der Trottoire mit Chlorkalk bestreut, der sich in langen weissen Streifen hinzog, einen frühen Winterbeginn vortäuschend. Die Rinnsteine vorher zu waschen, hatte man unterlassen, denn dazu ist die Wasserleitung in den Häusern nicht eingerichtet. Hoffentlich genügt der abwehrende Chlorkalkstreifen vor den Häusern, und die Cholera wagt es nicht, über ihn hinwegzuspringen». Bekanntlich wird in St. Petersburg ebenso verfahren, zu welchem Zweck und aus welchem Grunde — das scheint niemand zu wissen. Inbezug auf die Anordnungen der Stadtverwaltung wäre dem sich wundernden Correspondenten nur zu raten des Princips eingedenk zu sein: «nil admirari».

— Auf dem ersten Baltischen Apothekertage, der am 13. Sept. in Riga eröffnet wurde, bildete die Frage inbetreff der erhöhten Vorbildung und erweiterten Ausbildung der Pharmaceuten das Hauptthema der Beratungen, denn alle Pharmaceuten sind wohl längst zur Erkenntnis gelangt, dass nur nach Erfüllung dieser ersten Bedingung die Stellung der Apotheker eine bessere werden und ihr Streben nach Selbstverwaltung und eigener Standesvertretung Aussicht auf Erfolg haben kann. Bei der Anregung dieser letzteren Forderung seitens der Pharmaceuten wurde ihnen bisher immer der Vorwurf gemacht, sie besässen nicht die genügende Bildung, während die Apotheker selbst schon längst den Wunsch ausgesprochen haben, dass das Studium der Pharmacie dem der anderen Wissenschaften gleich gestellt und darum als Vorbedingung dafür auch die Absolvierung des Gymnasiums eingeführt würde. In der Tat haftet ja auch dem Unterricht in der Pharmacie noch manches Mittelalterliche an, wie z. B. die Lehrlingszeit vor Erlangung irgendwelcher theoretischer Kenntnisse. Es darf doch nicht vergessen werden, dass die Wissenschaften, die die Elemente der Pharmacie bilden, wie Physik, Chemie und Botanik unmöglich von einem Menschen erfasst werden können, der nur 4 Klassen des Gymnasium durchgemacht hat. Namentlich die Chemie hat in der letzten Zeit doch einen so hohen Grad von Entwickelung erreicht und verlangt zu ihrem Studium schon gründliche Vorkenntnisse in der Mathematik und Physik, dass hierzu ein voller Gymnasialcursus notwendig ist. — Ferner wurde das Wünschenswerte einer Reform des Unterrichtes auf der Hochschule besprochen, wobei auf die Notwendigkeit eines vierten Semesters zur weiteren Ausbildung in der Chemie (physiolologische Chemie, Nahrungsmittelanalyse), Erlernung der Bacteriologie, Uebung in der botanischen und gerichtlichen Microscopie hingewiesen wurde. Auch diese Forderung kann nur als gerecht bezeichnet werden, bilden doch diese Fächer eigentlich schon längst Bestandteile der Pharmacie, und ihre Kenntnis wird häufig vom Publicum und sogar von Aerzten bei den Apothekern vorausgesetzt, aber zu ihrer Erlernung wird ihnen keine Möglichkeit gegeben. Dabei haben solche Fächer wie Chemie und Bacteriologie vielfach durch Pharmaceuten eine grosse Entwickelung erreicht. Wir erinnern nur an die gerichtlich-chemischen Untersuchungen Dragendorfs und an die Forschungen Pasteurs. — Die gerechten Forderungen der Pharmaceuten verdienen die vollste Anerkennung und Berücksichtigung, und die periodische Einberufung allgemeiner Apothekertage, an welchen sich Vertreter dieses Standes aus ganz Russland zusammenfinden könnten, wäre der erste Schritt zur Verwirklichung dieser Forderungen. F. D.

— Nach den vorhandenen Ernteberichten steht ein neues Hungerjahr bevor. Am stärksten ist die Missernte in den südwestlichen und westlichen Gouvernements, einem Teil von Kleinrussland und in den Centralgouvernements.

— Die Rinderpest hat im Asiatischen Russland bedeutende Dimensionen erreicht. Im Gebiete Akmolinsk allein waren vom 8. bis zum 31. August 1114 Tiere erkrankt, von denen 119 geimpft wurden, 48 eingingen, und die übrigen getötet wurden. Weniger stark herrscht die Epizootie im Ssemiretschensk-Gebiet und im Kaukasus.

— London. Der «Morning Post» wird aus Washington gemeldet, das Staatsdepartement habe vom amerikanischen Gesandten in Peking, Rockhill, die telegraphische Mitteilung von einer Vereinbarung erhalten, die von den Mächten wegen des Verbots der Einfuhr von Morphium und der beim Morphiumconsum gebrauchten Gegenstände getroffen worden ist. Das Verbot tritt am 1. Januar 1909 (19. December 1908) in Kraft.

— Peking. In Teng-Scho sind 500 Erkrankungen an der Bubonenpest constatiert worden.

— Die Städte Kobe in Japan und Beirut in Syrien sind für pestverdächtig erklärt worden.

— Berlin. Poliklinik für Nervenmassage. Durch Verfügung des Ministers der Geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten ist in dem zur Charité gehörigen Hause Luisenstr. 11 pt. eine Poliklinik für Nervenmassage eröffnet worden, deren Leitung dem Specialarzt für Nervenmassage, Oberarzt Dr. Cornelius von der Kaiser Wilhelms-Academie, übertragen worden ist.

Zweck dieser Einrichtung ist: Die Behandlung peripherner-vöser Leiden (Neuralgien aller Art, zumal Ischias, Kopfschmerzen, nervöser Magen-Darmbeschwerden, nervöser Herzbeschwerden, nervöser Frauenleiden, von Unfallsneurosen und der Beurteilung) mittels Nervenmassage. Die Aufnahmestunden sind täglich, ausser Sonntag und Donnerstag, zwischen 12 und 2 Uhr. Die Behandlung erfolgt für Unbemittelte kostenlos, für Cassenkranke usw. zu Minimalsätzen.

*) Unvollständige Angaben.

Das Institut dient gleichzeitig als Lehrinstitut für Aerzte in der Corneliusschen Nervenmassage, deren Bedeutung für die Behandlung dieser Nervenleiden mehr und mehr anerkannt wird.

— Congressnachricht. In der Woche vom 7. bis zum 11. October findet in Wien der III. internationale Congress für Irrenpflege statt. Der geschäftsführende Ausschuss besteht aus dem Präsidenten Prof. Obersteiner, Vicepräses Prof. v. Wagner, Generalsecräter Prof. Pilcz, Vicesecretär Dr. Lorenz, und Schatzmeister Dr. Dobrschansky. Während des Congresses wird ein «Tageblatt» unter der Redaction von Dr. Kronfeld erscheinen.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Hospitälern St. Petersburgs betrug in der Woche vom 31. August bis zum 6. September 11295. Darunter Typhus abd. 649, Typhus exanth. 4, Febris recurrens 100, Scharlach 123, Diphtherie 185, Masern 24, Pocken 19, Crupöse Pneumonie 125, Tuberculose 396, Influenza 206, Erysipel 42, Keuchhusten 18, Lepra 1, Hautkrankheiten 72, Syphilis 504, venerische Krankheiten 432, acute Erkrankungen 1761, chronische Krankheiten 1442, Chirurgische Krankheiten 1272, Geisteskrankheiten 3210, gynaekologische Krankheiten 197, Krankheiten des Wochenbetts 63, Cholera 1249.

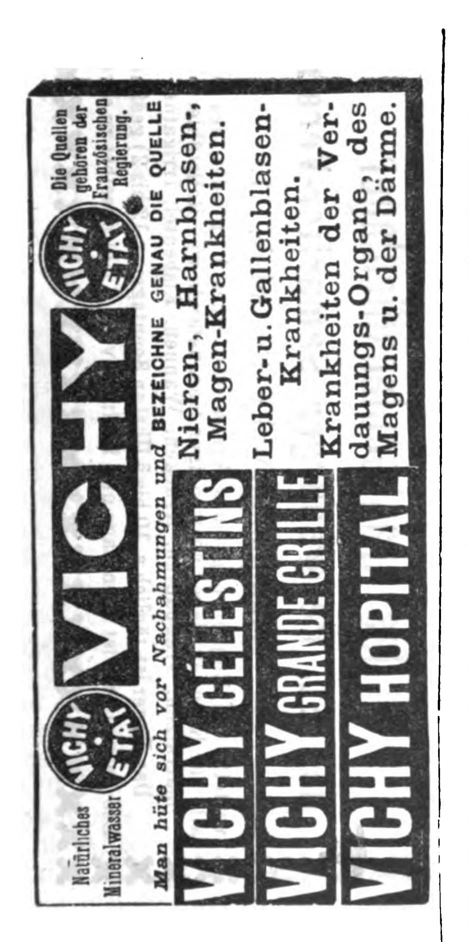
— Die Zahl der Erkrankungen an Infectionskrankheiten betrug in derselben Woche 1943. Darunter Typhus abd. 135, Febris recurrens 24. Pocken 5, Windpocken 11, Masern 24, Scharlach 31, Diphtherie 60, Cholera 1293, andere contagiöse Erkrankungen 18. Acuter Magen- und Darmkatarrh 342.

— Die Zahl der Todesfälle bezifferte sich in derselben Woche auf 1415 + 43 Totgeborene + 45 in der vergangenen Woche nicht registrierte Fälle; Davon in Hospitälern 912 + 34 + 13 Fälle. Darunter Typhus abd. 34, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 3, Masern 21, Scharlach 12, Diphtherie 5, Keuchhusten 8, crupöse Lungenentzündung 9, katarrhalische Lungenentzündung 64, Erysipel 3, Influenza 3, Pyaemie und Septicaemie 19, Puerperalfieber 1, Lungentuberculose 89, Tuberculose anderer Organe 25, Dysenterie 7, Cholera 644, Gastrointestinalkatarrh 67, Andere Magen- und Darmerkrankungen 72, Alcoholismus 20, angeborene Schwäche 42, Marasmus senilis 27, andere Todesursachen 239.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 30. Sept. 1908.

Tagesordnung: Dobbert: Der «verstärkte Wundschutz» im Lichte einer Serie von 500 Laparotomien.

Dr. Th. Hausmann (als Gast): Ueber die therapeutische Verwendung pyrogener Stoffe bei Cholera asiatica.


Natürliches Mineralwasser
VICHY ETAT
VICHY
Die Quellen gehören der Französischen Regierung.
Man hüte sich vor Nachahmungen und bezeichne genau die Quelle
VICHY CÉLESTINS
Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.
VICHY GRANDE GRILLE
Leber-u. Gallenblasen-Krankheiten.
VICHY HOPITAL
Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens u. der Därme.


PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.
ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:
Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.
Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.
Aerztliche Gutachten:
Prof. Dr. Ernst Fischer (Strassburg): Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.
Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. (Weissenburg): Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.
Dr. Alfred Müller (Neuhausen): Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlicher und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.
Dr. Erich R. von Matzner (Birkfeld, Steierm.): Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.
Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Warschau; Gesellschaft W. K. Ferrein, Moskau; Handelsgesellschaft J. Mandel & Co., Wladiwostok; Handelsgesellschaft S. B. Segall, Wilna und Odessa; Handelsgesellschaft S. Lemmé & Co., Odess; Kaukasische Pharmac. Handelsgesellsch. Philipp Kaplan & Söhne, Taschkent; Russ. Pharmac. Handelsges. St. Petersburg und Charkow; Russ. Gesellsch. f. Kolonialhdl. Rostow a./Don und Odessa; B. Schaskolsky, St. Petersburg; Paul Seebode, Riga; Südruss. Pharmac. Handelsges. Kiew; Waldecker & Poeppel, Wladiwostok.
Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.
(4) —63.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden Redakteur Dr. **F. Dörbeck** in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechst. Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 40 St. Petersburg, den 4. (17. October). **1908.**

Ueber Beziehungen zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen.

Von

Dr. med. Hermann Hildebrand.

Mitau.

Vortrag, gehalten auf dem I. kurländischen Aerztetag in Mitau.

M. H.! Fast eine jede Erkrankung, gleichviel ob vorwiegend körperlicher oder psychischer Natur, pflegt dem von ihr betroffenen Individuum einen besonderen Stempel aufzudrücken. Schon die Aerzte des Altertums betonten darum, von wie grosser Wichtigkeit es sei, die *ganze* Persönlichkeit des Kranken in all ihren Komponenten ins Auge zu fassen. Dazu gehört auch die Beurteilung der Psyche in jedem einzelnen Falle. Der erste Blick, den wir auf den Patienten werfen, unterrichtet uns oft nicht nur über den Ernährungs- und Kräftezustand, er umfasst auch schon den psychischen Anteil des Kranken. So können wir mancherlei von dem Gesichte des Kranken ablesen. Miene und Ausdruck verraten oft die Stimmung; wir gewinnen ein Urteil über den Zustand des Bewusstseins und über den Grad des Leidens. Charakteristisch ist häufig die Art und Weise, wie der Patient seine Klagen vorbringt. Manch einer tut dies ungefragt und mit grosser Beredsamkeit. Andere Kranke dagegen sind einsilbig und wortkarg, man muss die Klagen aus ihnen förmlich herauslocken.

Im Allgemeinen kann man sagen, dass der organisch Kranke zurückhaltend ist und wenig klagt, während der functionell Kranke oft mit grosser Beredsamkeit und viel Worten seine Leiden schildert.

Der durch die Untersuchung erhobene Krankheitsbefund steht nicht so selten in umgekehrtem Verhältnis zu der Schwere der subjectiven Angaben des Kranken. So kann es kommen, dass wir ein Magencarcinom finden, wo der Kranke sich relativ ruhig und indifferent verhielt, und umgekehrt blos eine nervöse Dyspepsie in einem Falle, wo der Patient mit grosser Beredsamkeit und viel Worten seine Klagen vorbrachte; oder wir finden das eine Mal ein organisches Herzleiden, das andere Mal nur eine Nervosität des Herzens.

Diese Beobachtungen und Erwägungen brachten mich auf den Gedanken, doch einmal den Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen an einigen Beispielen zu erörtern.

Die *acuten Infectionskrankheiten* ohne Ausnahme pflegen auch die Psyche des Patienten in Mitleidenschaft zu ziehen. Am wichtigsten sind von diesen Krankheiten für die Entstehung psychischer Störungen Typhus, acuter Gelenkrheumatismus, Pneumonie, acute Exantheme, Kopfrose, Influenza, Malaria, Cholera. Wir finden einerseits deliriöse Erregungszustände, andererseits Trübung des Bewusstseins, von leichter Benommenheit bis zu dem schwersten Sopor und Koma. Dabei kann die Wirkung der Infectionskrankheiten eine doppelte sein. In erster Linie werden wir natürlich das Fieber beschuldigen müssen. Wir werden aber auch eine *directe* Einwirkung des Krankheitsgiftes auf das Gehirn annehmen müssen, weil unzweifelhafte Beobachtungen psychischer Störung auch während des *fieberfreien* Verlaufes vorliegen, wenigstens für Typhus, Pocken, Malaria und Influenza.

Im Körper selbst können sich ferner Gifte bilden, die unter krankhaften Bedingungen nicht genügend aus-

geschieden werden und so den Anlass zu psychischen Störungen bieten können. Man kennt urämische und cholämische Psychosen bei Nieren- und Leberleiden. Namentlich den Erkrankungen der Leber schrieb man ja von altersher einen Einfluss auf die Psyche zu. In der Tat beobachtet man häufig genug, dass Leberkranke verdriesslich und mürrisch, geradezu gallig sind.

Wahrscheinlich ist, dass abnorme Gährungsprozesse im Magen-Darmkanal auch eine Autointoxikation herbeiführen können.

In wie innigen Beziehungen Magen-Darmerkrankungen zu psychischen Störungen stehen, das sehen wir alle Tage. Kranke, die einen Magenkatarrh haben oder an chronischer Obstipation leiden, sind verstimmt und neigen zu Hypochondrie.

Das beste Beispiel für die Entstehung von psychischen Störungen auf dem Wege der Selbstvergiftung sind vielleicht die Erkrankungen der Schilddrüse, Morbus Basedowii und Myxödem, doch hierauf komme ich später zu sprechen.

Ich gehe zu den acuten und chronischen Intoxicationen über. Von aussen in den Körper eingeführte Gifte vermögen die Psyche in der verschiedensten Weise zu beeinflussen. Ich nenne hier nur Quecksilber und Blei, Kohlenoxyd und Schwefelkohlenstoff, dann die grosse Reihe der Alkaloide: Morphium, Cocain, Heroin, Nikotin, Ergotin u. s. w. Das klassische Beispiel für die Wirkung eines Giftes auf den Organismus ist der Alkohol. In dem Material einer grossen Anstalt finden wir die verschiedensten Formen der Alkoholvergiftung. Vom einfachen Rauschzustande über den chronischen Alkoholismus mit seinen degenerativen Folgeerscheinungen zur Alkoholepilepsie, zum Delirium tremens und zur Dementia postalcoholica sind alle Uebergänge vorhanden. Eine Form, die ganz besonderes Interesse beansprucht, ist die sog. Korsakowsche Psychose. Wir sehen hier ein Nebeneinander von körperlichen und psychischen Krankheitserscheinungen: einmal die Symptome der Neuritis, andererseits mangelnde Orientiertheit, Confabulieren und die hochgradigste Vergesslichkeit für die allerjüngsten Ereignisse.

Ueberaus lehrreich sind diejenigen leichten Störungen, die man regelmässigem, wenn auch durchaus nicht excessivem Alkoholgenuss zuschreiben muss — ich meine die Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit und gewisse Veränderungen des Charakters.

Constitutionelle und Stoffwechselkrankheiten sind gleichfalls häufig mit psychischen Erscheinungen verknüpft. Ich will hier nur Tuberculose, Chlorose, Diabetes und Gicht anführen.

Auch die Psyche des Phthisikers bietet ihre Eigentümlichkeiten. Allbekannt ist die grosse Hoffnungsfreudigkeit, die heitere, sorglose Stimmung der Phthisiker, die Neigung zu optimistischer Auffassung, die zu ihrem oft schweren Krankheitszustande in keinem Verhältnis steht.

In einem gewissen Gegensatz zur Phthise steht das psychische Verhalten der Chlorotischen. Wir finden bei ihnen sehr häufig psychische Veränderungen, so namentlich abnorme intellectuelle Ermüdbarkeit und eine mehr oder minder schwere Apathie, die wohl auf mangelhaften Oxydationsvorgängen im Blute beruhen.

Das geschilderte psychische Verhalten einer phthisischen Kranken und einer chlorotischen Patientin kann uns von vornherein in ganz bestimmter Richtung beeinflussen und so geradezu von differentialdiagnostischer Bedeutung werden.

Bekannt ist ferner, dass die an Diabetes leidenden Kranken oft grosse Traurigkeit und Apathie an den Tag legen. Die Kranken sind sehr ernst, jugendliche Individuen oft über ihr Alter hinaus.

Auch Depressionen auf dem Boden der harnsauren Diathese kennt man.

Wenn wir schon bei den verschiedensten rein körperlichen Erkrankungen einer Mitbeteiligung der Psyche in der einen oder anderen Form begegneten, so werden wir dies in noch viel höherem Masse bei den eigentlichen Nervenkrankheiten zu erwarten haben — aus dem einfachen Grunde, weil eben die Funktionen des Nervensystms nur in engster Abhängigkeit von dem Centralorgan für die psychischen Vorgänge, dem Gehirn, gedacht werden können. Es wird uns darum nicht Wunder nehmen, wenn wir auf diesem Gebiet allenthalben die innigsten Beziehungen zwischen körperlichen und psychischen Störungen wahrnehmen. Schon die tägliche Erfahrung lehrt uns, dass in Familien mit pathologischer Heredität gleichwertig mit psychischen Störungen die mannigfachsten Nervenkrankheiten auftreten können. Weiter sehen wir, dass auch die wichtigsten ätiologischen Momente (Lues, acute Infectionen, Intoxicationen, Autointoxicationen) für die Entwickelung und Entstehung von psychischen und Nervenkrankheiten in gleicher Weise massgebend sind.

Ich will hier natürlich ganz absehen von den Fällen, wo es sich nachweislich um eine schwere organische Läsion des Gehirns handelt, um Blutungen in das Hirngewebe, oder um Erweichungsherde, um Tumoren, schwere Gefässveränderungen durch arteriosclerotische oder luetische Erkrankungen im engeren Sinn u. dgl. Dass mit derartigen anatomischen Befunden gleichzeitig auch psychische Störungen Hand in Hand gehen, ist ja weiter nicht besonders auffallend.

Es ist ganz selbstverständlich, dass mit der Läsion des Gehirns auch psychische Ausfallserscheinungen verbunden sein müssen, obschon die Schwere dieser Ausfallserscheinungen häufig in gar keinem rechten Verhältnis zur Grösse des Krankheitsherdes zu stehen scheint. Nehmen wir z. B. den alltäglichen Fall einer Hemiplegie. Abgesehen von der Lähmung der Extremitäten, entwickelt sich bei derartigen Kranken häufig in relativ kurzer Zeit ein Bild hochradiger psychischer Schwäche: Auffassung, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Urteilskraft sind auf das schwerste geschädigt; es gesellen sich Wahnideen hinzu u. s. w. Bei der Section finden wir oft nur einen kleinen, circumscripten Krankheitsherd in der Capsula interna, der unmöglich im Stande ist, uns das Bild der schweren psychischen Alteration ausreichend zu erklären.

Auch die multiple Sklerose will ich nicht in den Kreis meiner Betrachtungen ziehen. Ausser den bekannten körperlichen Symptomen, des Intentionstremors, der Schwäche und Steifigkeit der Extremitäten u. s. w. findet sich bei den von genannter Krankeit befallenen Individuen fast ausnahmslos eine deutliche Intelligenzstörung und im Zusammenhang damit eine merkwürdige Euphorie, die mit der Schwere des Leidens ganz auffallend contrastiert. Wir müssen uns aber vergegenwärtigen, dass sich bei der multiplen Sclerose häufig auch im Gehirn die für diese Krankheit charakteristischen inselförmigen Herde finden.

Von denjenigen Erkrankungen des Nervensystems, wo gleichzeitig auch im Gehirn anatomische Veränderungen vorliegen, soll hier also nicht die Rede sein.

Eine Krankheit, die wir alle oft genug sehen, die Chorea, hat innige Beziehungen zu den Psychosen. Leichte psychische Veränderungen im Laufe der Chorea sind sehr häufig. Die Stimmung der Kinder ist jähen Schwankungen unterworfen, sie sind reizbar, schreckhaft, launisch, jammern und weinen viel, andere schwatzen unaufhörlich. Von diesen leichteren psychischen Verän-

derungen leiten Uebergänge zu ganz ausgesprochener Psychose hinüber. Wir sind geradezu berchtigt, von einer choreatischen psychopathischen Constitution zu sprechen.

Ganz ähnlich ist es mit dem Morb. Basedowii. Auch hier tragen die Patienten oft ein ganz besonderes Gepräge an sich. Charakteristisch ist, dass die Kranken meist ungewöhnlich erregbar sind; die Stimmungen sind durch ihre Ueberschwenglichkeit gekennzeichnet. Namentlich sind die Kranken leicht zu Tränen gerührt. Weinerlichkeit, Reizbarkeit und Empfindlichkeit sind Symptome der Basedowschen Krankheit, ganz ebenso gut wie die bekannten körperlichen Zeichen.

Wenn die Basedowsche Krankheit in vielen Punkten alseine übermässige Function der Schilddrüse aufzufassen ist, so haben wir den entgegengesetzten Zustand in dem Myxödem, das durch ein völliges Ausfallen der Schilddrüsentätigkeit bedingt ist. Die Schilddrüse hat offenbar die Aufgabe, Giftstoffe zu sammeln und auszuscheiden, die für den Organismus schädlich sind. Das Fehlen der Schilddrüse äussert sich zunächst in einer Bildung von Schleimgewebe und einer eigenartigen Schwellung der Hautdecken. Das Myxödem pflegt aber auch den Patienten in psychischer Beziehung zu verändern. Die Kranken sehen stumpf und indifferent aus. Natürlich giebt es auch Kranke mit ganz ausgesprochenem Schwachsinn.

Auch für die Tabes will man mehrfach auffällige Stimmungsanomalien in dem Sinne festgestellt haben, dass die Kranken eine bemerkenswerte Hoffnungsfreudigkeit und Gemütsruhe zur Schau tragen, die zu ihrem qualvollen Leiden in grellem Widerspruch steht. Man weiss, wie leicht sie allerhand Täuschungen zugänglich sind. Bei manchen findet sich auch eine deutliche Gedächtnisschwäche Nageotte (citiert nach Cassirer „Tabes und Psychose") sagt: „Wer hat nicht die unglücklichen gesehen, die an dem einen Tage von einer furchtbaren Schmerzenskrise niedergeworfen sind, um am nächsten vergnügt, hoffnungsfreudig, lächelnd zu erscheinen, mit einem Ausdruck ihres Gesichts, der ihrer Lage in keiner Beziehung entspricht". Es ist bekannt, in wie naher Verwandtschaft Tabes und Paralyse stehen, wie diese beiden Krankheiten oft nebeneinander herlaufen und in einander übergehen. Von diesen Fällen spreche ich hier natürlich nicht, sondern von der einfachen uncomplicierten Tabes, der grauen Degeneration der Hinterstränge.

Bei der Neurasthenie beobachteten wir ein Durcheinander von rein körperlichen und psychischen Symptomen. Neben den Erscheinungen der geistigen Insufficienz, der erhöhten Reizbarkeit und Erregbarkeit, der allgemeinen Depression des Nervensystems, finden wir auch gesteigerte körperliche Erregbarkeit und Ermüdbarkeit. Unter den visceralen Störungen spielen diejenigen der Herz- und Gefässinnervation, der Magen- und Darminnervation und des Geschlechtslebens die Hauptrolle.. Wir sprechen darum von einer vasomotorischen Neurasthenie, von einer nervösen Dyspepsie, von einer sexuellen Neurasthenie.

Die Hysterie ist vielleicht das beste Beispiel dafür, was für ein intimer Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Symptomen bestehen kann. In buntem Wechsel, wie im Kaleidoskop, löst ein Symptom das andere ab. Bei dem gleichen Individuum sehen wir bald somatische, bald psychische Krankheitserscheinungen in willkürlicher, regelloser Aufeinanderfolge. Das richtige Verständnis für das Wesen der Hysterie gewinnen wir erst, wenn wir uns klar werden darüber, dass alle diese, scheinbar von einander grundverschiedenen Krankheitsbilder ihre Entstehung derselben krankhaft veranlagten Psyche des Kranken verdanken. Auf der einen Seite Anästhesien, und Analgesien, Hyperästhesien und Hyperalgesien, Lähmungen und Contracturen, Zuckungen und Krampfanfälle, Aphonie, Aphasie u. s. w. u. s. w., auf der anderen Seite hysterischer Character und Stimmungen, hysterische Dämmerzustände und voll entwickelte Psychosen, alle diese verschiedenen Bilder, in denen sich uns der Proteus Hysterie zeigen mag, sind im Grunde ein und dasselbe und als vollkommen gleichwertig angesehen. Wir beobachten bei der Hysterie ganz direct eine Transformation von psychischen und somatischen Symptomen, das eine vermag für das andere einzutreten. Auch experimentell, auf dem Wege der Hypnose, lässt sich das alles jeden Augenblick erreichen.

Eine der am häufigsten vorkommenden Psychosen ist das sog. manisch-depressive Irresein. Von practischer Bedeutung ist nun, dass für die depressive melancholische Phase der Krankheit sozusagen vicarierend Magen - Darmstörungen einsetzen können. Ja, es kann sogar geschehen, dass die depressive Phase immer wieder und ausschliesslich unter dem Bilde einer Dyspepsie oder einer Obstipation verläuft. Darüber kann dann das Grundleiden leicht übersehen werden; erst der Eintritt der manischen Phase, die infolge ihrer characteristischen Symptome leichter auffällt, führt zu der richtigen Diagnose.

Eine überaus interessante Tatsache, die mit dem bisher Gesagten völlig in Einklang steht, ist es, dass bestehende Geistesstörungen durch hinzutretende körperliche Erkrankungen in der mannigfachsten Weise beeinflusst werden. So kann man das Eintreten psychischer Genesung während oder nach einer fieberhaften Erkrankung — ich nenne hier nur Typhus, Erysipel, Intermittans, Pneumonie — nicht gar so selten sehen. Aehnliches beobachtet man nach stärkeren Blutungen, Kopfverletzungen oder nach schweren Eiterungen.

In der Regel handelt es sich dabei freilich um acute Erkrankungen mit verhältnismässig guter Prognose, bisweilen jedoch kommt es zu einer günstigen Wendung auch nach längerer Krankheitsdauer.

Man bemerkt ein Zurücktreten der Wahnideen während einer fieberhaften Erkrankung. Eine Kranke meiner Beobachtung, die das ausgesprochene Bild einer verwirrten Manie bot, litt nebenbei an Nierensteinen. Jedes Mal, sobald bei der Patientin die Kolikschmerzen auftraten, war sie völlig klar und besonnen und konnte gute Auskunft über ihren Zustand geben.

Paralytiker bieten infolge schwerer Eiterungen, Abscesse, Phlegmonen u. dgl., zu denen sie wegen Herabsetzung der baktericiden Kraft des Blutes bekanntlich in besonderem Masse neigen, oft ganz auffallende Besserungen des psychischen Krankheitsbildes.

Von den verschiedensten Beobachtern wird über die erstaunliche W..k.. in Irrenanstalten ausgebrochener Typhusepidemien ..richtet. Die meisten verzeichnen einen auffallend günstigen Einfluss des Typhus: eine grosse Zahl von Patienten ist nach überstandenem Typhus auch psychisch vollkommen gesund. Wie lässt sich dies nun erklären? Man könnte zweierlei annehmen: einmal könnte einem anämischen Gehirn während des Fiebers eine grössere Blutmenge zugeführt werden, oder umgekehrt, es könnte, nach Ablauf des Fiebers einem bisher hyperämischen Gehirn nunmehr wieder die normale Blutmenge zuströmen. In jedem der beiden Fälle liefe es auf eine durch die langdauernde fieberhafte Erkrankung bedingte veränderte Blutcirculation und davon abhängige Ernährung des Gehirns hinaus.

Möglich wäre es aber auch, dass hier eine eigenartige Giftwirkung der Typhusbacillen eine Rolle spielte, ein Kampf gegen die Stoffe, die durch ihren schädigenden Einfluss auf die Nervenzellen die Psychose hervorriefen. Wie dem auch sei, welcher Art immer dieser uns einstweilen noch unerklärliche Einfluss des Typhus auf eine bestehende Geistesstörung sein mag, er ist unverkennbar und lässt sich nicht wegleugnen.

Man hat sogar daran gedacht, sich diesen Einfluss therapeutisch nutzbar zu machen und in Irrenanstalten künstliche Typhusepidemien zu erzeugen. In einer erst kürzlich (1906) erschienenen Dissertation „Typhus und Psychose" bekennt sich der Verfasser Baumann zu dieser Auffassung. Bei der doch immerhin grossen Gefahr, die man mit einer derartigen Behandlung für das einzelne Individuum sowohl wie für die ganze Anstalt heraufbeschwören würde, muss man von solchen Bestrebungen als von frivolen Experimenten absehen.

Aehnlich sind wohl die Versuche zu beurteilen, die man an Paralytikern mit verschiedenen Impfungen angestellt hat. Interessant ist nur, dass hier auch das Experiment den unverkennbar günstigen Einfluss von Eiterungen z. B. auf den Ablauf des psychischen Krankheitsprocesses ergab.

Besteht nun aber ein Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen, und welcher Art mag dieser Zusammenhang sein? Hierüber kann man natürlich nur Vermutungen anstellen. Am meisten für sich hat die Auffassung vieler Psychosen als Autointoxication. Diese Ansicht gewinnt mit jedem Tage mehr Boden. Es ist ganz insbesondere das Verdienst Kraepelins, in jeder neuen Auflage seines Lehrbuchs mit grösserem Nachdruck darauf hinzuweisen, dass Geisteskrankheiten nichts sind als Stoffwechselerkrankungen.

Den Ausgangspunkt für diese Auffassung hat das Tierexperiment und beim Menschen der unerwünschte Operationserfolg der Kachexia strumipriva abgegeben, die Entstehung von Myxoedem und Kretinismus nach vollkommener Entfernung der Schilddrüse. Es war damit der Beweis erbracht, dass wir in unserem Körper Organe besitzen, die entgiftend auf die Stoffwechselproducte einwirken, und deren Entfernung der Organismus daher nicht ohne Schaden verträgt. Es läge nahe, zu sagen, die acuten Geistesstörungen sind durch Toxine hervorgerufen, die ihre Entstehung der Erkrankung oder dem Ausfall gewisser Organe verdanken.

Die klinische Beobachtung, dass Paralytiker und ebenso Katatoniker, ungeachtet überreichlicher regelmässiger Nahrungsgefahr beständig an Gewicht verlieren und schliesslich zum Scelett abmagern, lässt doch die Annahme eines durch Giftstoffe hervorgerufenen Eiweisszerfalls berechtigt erscheinen.

Wir kämen zu der Annahme, den in vielen Fällen der psychischen Erkrankung als anatomisches Substrat parallel laufenden Krankheitsprocess im Gehirn nicht als etwas Primäres und Selbständiges anzusehen, sondern als bedingt und hervorgerufen durch eine allgemeine Selbstvergiftung und durch die Wirkung von Toxinen auf den gesammten Organismus und damit auch auf das Gehirn. Gehirn und Nervensystem werden von dem Krankheitsprocess nur ganz besonders leicht betroffen, und die Verheerungen sind unverhältnismässig grosse wegen der Zartheit der Nervensubstanz und vielleicht auch wegen der besonderen Circulationsverhältnisse im Gehirn.

Auf dem Gebiet der anatomischen Forschung ist für die Psychiatrie unstreitig Grosses geleistet worden. Aus dem histologischen Befunde ist man heutzutage bereits im Stande, die Differentialdiagnose: Arteriosclerose, Paralyse oder Alcoholvergiftung zu stellen. Das will was heissen. Einstweilen dürfen wir aber, wie es scheint, von der pathologischen Anatomie keinen weiteren Aufschluss über das Wesen der Geisteskrankheiten — ich meine hier speciell die functionellen — erwarten. Erst im vorigen Jahre hat Alpheimer-München auf dem Psychiatortage zu Frankfurt a/M bei dem Referat über Epilepsie zugegeben, dass der Chemiker über das Zustandekommen der so verschiedenartigen Veränderungen die Erklärung abgeben müsse.

M. H.! Ich hoffe, es ist mir gelungen, Ihnen an einer Reihe von Beispielen zu zeigen, wie viele Berührungspunkte zwischen psychischen und körperlichen Krankheiten bestehen, wie viele Fäden von der einen zu der anderen Gruppe hinüberleiten.

Auf diese Weise wird das scheinbar etwas abseits liegende Gebiet der Psychiatrie und Neurologie dem Gesamtgebiete der medicinischen Wissenschaften ohne Frage genähert.

Selbstredend sind meine Ausführungen nur relativ, cum grano salis, zu nehmen: nicht alles trifft überall und unter allen Umständen zu. Trotzdem glaube ich, zum Schluss noch einmal hervorheben zu dürfen, von wie grossem Werte in jedem einzelnen Falle die Beurteilung der Psyche des Kranken, sowohl in diagnostischer wie in therapeutischer Hinsicht für uns sein kann, natürlich nur im Zusammenhang und in engster Abhängigkeit von unseren übrigen fundamentalen klinischen Methoden.

Literatur:

Kraepelin, Psychiatrie. VII. Aufl. 1904.
Ziehen, Psychiatrie. III. Aufl. 1908.
Strümpell, Lehrb. der spec. Pathol. u. Therapie XII. Aufl. 1899.
Baumann, Typhus u. Psychose, Diss. 1906.
Cassirer, Tabes u. Psychose. 1903.
Walther Ewald, Stoffwechselpsychosen. 1907.

Quecksilbersublimat gegen Ohrensausen bei chronischen nicht eitrigen Processen im Mittelohr*).

Von
Dr. med. A. Sacher.
Consultant am Maximilianhospital in St. Petersburg.

Die grossartigen Erfolge der Ohrchirurgie während des letzten Decenniums haben eine Menge Arbeiten gezeitigt, die die Behandlung der eitrigen Mittelohrerkrankungen und verschiedener durch dieselben hervorgerufenen Complicationen zum Gegenstande haben. Beim Lesen dieser Arbeiten wird das Herz eines jeden Arztes mit aufrichtiger Freude und wahrem Stolz darüber erfüllt, dass es der kühnen und gewandten Hand des Chirurgen, der beim Aufsuchen des Eiterherdes gegenwärtig vor keinem Hindernis scheut, gelingt, Tausende von Menschenleben zu retten. Zugleich aber bleibt in der Seele des Arztes ein Stachel zurück — nämlich der ihn ewig quälende traurige Gedanke an die Hilflosigkeit im Kampfe mit einer anderen noch schrecklicheren Geissel der Menschheit — der Otosklerose und den anderen Formen der progressiven Schwerhörigkeit. Auch diesen Krankheiten

*) Nach einem in der St. Petersburger Oto-laryngologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag.

sind nicht wenige Arbeiten gewidmet, die, wenn sie auch in ätiologischer und pathologisch-anatomischer Beziehung schon manche Aufklärung brachten, hinsichtlich der Therapie doch zu recht bescheidenen Resultaten geführt haben. Es genügt, die Arbeiten von Panse[1]), Denker[2]) und die letzte grosse Schrift von Prof. Lucae[3]) zu erwähnen, die das Resultat der während des ganzen Lebens gesammelten Erfahrungen und Beobachtungen eines der hervorragendsten Otologen unserer Zeit darstellt; es genügt, in diesen Arbeiten den Abschnitt über die Therapie der Otosclerose und der anderen Formen von progressiver Schwerhörigkeit zu lesen, um mit dem unsterblichen Dichter zu dem trostlosen Schluss zu kommen:

„Ihr durchstudiert die gross' und kleine Welt,
Um es am Ende geh'n zu lassen,
Wie's Gott gefällt".

Dabei ist aber die Zahl der Menschen, die an dieser Krankheit leiden und uns um ärztliche Hilfe angehen, kaum geringer als die der mit chronischer eitriger Otitis Behafteten. Ob sie noch lange uns vergeblich um Hilfe anflehen werden, ob wir, Otologen, noch lange vor ihnen mit gekreuzten Armen im Bewusstsein unserer Ohnmacht stehen werden — ist bisher nicht abzusehen. Alles das ist natürlich sehr traurig, aber man darf dem nicht einfach ruhig zusehen, und wenn es uns bis jetzt in einer Menge von Fällen nicht gelingt, mit der Krankheit selbst fertig zu werden, so muss man wenigstens versuchen, ihre Erscheinungen abzuschwächen, von denen die schwerste meist das Ohrensausen ist. Wie schön die Idee der causalen Behandlung der Krankheit auch ist, aber wenn eine solche bei dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft nicht möglich ist, so muss man auch die symptomatische Behandlung nicht verachten.

Indem ich mir vollkommen der Verantwortlichkeit bewusst bin, welche eine jede Mitteilung über ein so schwieriges und heikles Thema wie die Behandlung des Ohrensausens involviert, würde ich es nicht wagen, Ihnen hier über eine nicht genügend begründete von mir empfohlene Behandlungsmethode zu berichten, um so mehr da die von mir erzielten Erfolge nicht gleich hier controlliert werden können. Aber um das Vertrauen der Anderen zu verdienen, muss man vor allen Dingen sich selbst streng prüfen. Aus diesem Grunde habe ich auch mein Material bis jetzt nicht veröffentlicht, obgleich es schon seit einigen Jahren fertig war. Erst jetzt, wo ich mit jedem Jahre mehr und mehr mich von der Wirksamkeit meiner Behandlungsmethode überzeuge, wage ich es, über sie zu berichten. Es ist nicht leicht, sich eine vollkommen objective Meinung darüber zu bilden, und zwar aus folgendem Grunde. Das Ohrensausen kann als ein subjectives Symptom von uns nicht controlliert werden; über das Stärker- oder Schwächerwerden desselben können wir nur nach den Angaben der Kranken urteilen. Der Einfluss dieses oder jenes Mittels auf dasselbe unterliegt ebenfalls nicht unserer Controlle, und wir müssen uns in dieser Beziehung vollkommen auf die subjectiven Empfindungen der Patienten verlassen. Dieser Subjectivismus beeinflusst unwillkürlich auch den Arzt. Die begeisterten oder ablehnenden Aeusserungen der Patienten beeinflussen seine Meinung in der einen oder in der anderen Richtung, weil ihm objective Stützpunkte zur Lösung der Frage fehlen, was in der Natur der Sache begründet ist und daher auch nicht anders sein kann. Aber in einer ebensolchen Lage befanden sich alle Autoren, die bestrebt waren, den Einfluss dieses oder jenes Mittels auf irgend ein subjectives Krankheitssymptom festzutellen, und viele von diesen Mitteln, darunter manche sehr günstig wirkende, haben sich einen dauernden Platz in dem Arzneischatz erst lange Zeit nach ihrer ersten Empfehlung erobert, nachdem ihre Wirkung von einer genügend grossen Zahl von Untersuchern geprüft worden war. Mit diesen letzteren Worten weise ich auf ein Correctiv zur Controlle des subjectiven Urteils des Arztes hin; zur Controlle und Richtigstellung der subjectiven Aeusserungen der Kranken können nur Massenbeobachtungen dienen, bei welchen die Urteile einer Reihe von Kranken durch die Urteile einer anderen Reihe corrigiert werden: „du choc des opinions jaillit la vérité".

Unsere Beobachtungen weisen weder in der einen noch in der anderen Hinsicht einen Mangel auf; sie sind an einer sehr grossen Zahl von Kranken ausgeführt worden, und zwar begann damit schon vor 25 Jahren mein hochverehrter Lehrer, der frühere Ehren-Consultant des Maximilianhospitals, Dr. V. Müller. Seit ungefähr 20 Jahren werden dieselben Beobachtungen von meinem anderen Lehrer, Dr. W. Lamann hier gemacht, und seit 1896, d. h. seit 12 Jahren, beschäftige ich mich damit. Dies Alles giebt mir, wie mir scheint, das Recht, die von uns erzielten Resultate als hinreichend begründet zu betrachten und die Kühnheit, dieselben der geneigten Aufmerksamkeit der Collegen vorzulegen.

Diese Einleitung habe ich mir deswegen zu machen erlaubt, um wenigstens einigermassen den vielleicht gerechten Skepticismus abzuschwächen, mit welchem wir gewohnt sind, allen Arzneimitteln gegenüberzutreten, die gegen ein so hartnäckiges und nicht zu überwältigendes Leiden wie das Ohrensausen in Vorschlag gebracht werden. Dieser Skepticismus ist in den beständigen Enttäuschungen begründet, aber eben diese Enttäuschungen zwingen uns, immer neue Wege zu suchen.

Jetzt aber in medias res! Es ist Ihnen Allen wohl bekannt, dass das Ohrensausen eins der häufigsten und lästigsten Symptome der grossen Mehrheit der Erkrankungen des Gehörapparats ist. Bei den acuten Erkrankungen des Ohres hat das Ohrensausen teils wegen seiner kurzen Dauer und der Hoffnung der Kranken auf baldige Genesung, teils wegen des Vorwaltens anderer, noch mehr quälender Symptome (Schmerzen) keine grosse Bedeutung. Anders verhält es sich bei den chronischen Erkrankungen des Ohres, besonders bei den verschiedenen Formen der chronischen catarrhalischen Entzündung und bei der Sklerose des Mittelohres. Bei diesen ist das Ohrensausen häufig ununterbrochen, dauert viele Jahre an, zuweilen Jahrzehnte, verlässt häufig die Kranken nicht auf eine Minute, übertäubt bei ihnen alle anderen Eindrücke der Aussenwelt, macht sie lebensüberdrüssig und bringt sie zuweilen zum Selbstmord.

Entsprechend den verschiedenen Ursachen, die das Ohrensausen bedingen, werden dagegen erfolgreich verschiedene Behandlungsmethoden angewandt, z. T. mechanische, wie Catheterismus, Bougieren, Einführung ins Ohr von Arzneistoffen, Massage und verschiedene Arten von Einwirkung auf den Gesamtorganismus in den Fällen, wenn der Erkrankung des Ohres irgend eine Allgemeinerkrankung zu Grunde liegt. Am schwersten ist das Ohrensausen bei den verschiedenen Formen der chronischen catarrhalischen Entzündung des Mittelohrs und besonders bei der Sklerose desselben zu bekämpfen. Ohne mich in eine ausführliche Besprechung aller gegen das Ohrensausen bei diesen Krankheiten empfohlenen Behandlungsmsthoden einzulassen, will ich nur darauf hinweisen, dass sie alle häufig gar keinen Erfolg haben, bei der Sklerose aber direct contraindiciert sind, weil Durchlassungen aller Art bei dieser Krankheit das Ohrensausen sogar verstärken. Die Vibrationsmassage übt zwar einen günstigen Einfluss auf das Ohrensausen aus, aber sie muss dann fast täglich angewandt werden, was bei dem chronischen Verlauf der Krankheit in der grossen Mehrzahl der Fälle beinahe undurchführbar ist. Auch

die anderen mechanischen Behandlungsmethoden geben kein besseres Resultat. Den teilweisen oder sogar totalen Gehörverlust nehmen die Kranken noch hin und gewöhnen sich allmählich an ihre Taubheit. Wie traurig ihr Leben auch ist, es könnte doch erträglich sein, wenn nicht gleichzeitig ein beständiger schrecklicher Begleiter da wäre — das ununterbrochene Ohrensausen.

Nachdem sich die Aerzte von der gänzlichen Nutzlosigkeit aller localen Behandlungsmethoden des Ohres überzeugt hatten, fingen sie an, nach verschiedenen allgemeinen Mitteln zur Erlösung der Kranken von diesem quälenden Symptom zu suchen, worauf seiner Zeit besonders Toynbee[4]) bestand. Die Geschichte der Ohrenkrankheiten zeigt uns, dass sehr viele derartige Mittel empfohlen wurden, das beweist aber zugleich, dass kein einziges von ihnen auf längere Zeit den empfehlenden Autor selbst und auch die Aerzte, die seinem Beispiel gefolgt waren, befriedigte. Das Suchen nach einem derartigen Mittel dauert bis heute fort.

Es ist mir nicht gelungen, genau festzustellen, wann das Quecksilbersublimat gegen das Ohrensausen in unserer schon über ein Vierteljahrhundert bestehenden Ambulanz für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten am hiesigen Maximilian-Hospital zuerst in Anwendung kam; jedenfalls muss das aber schon sehr lange her sein, ungefähr vor 25 Jahren. Zuerst fing Dr. V. Müller an, das Sublimat anzuwenden, dann Dr. W. Lamann, der mit ihm zusammen Kranke empfing, und seit 1896 verschreibe ich es auch. Was Dr. Müller bewog, das Sublimat bei chronischen catarrhalischen und adhäsiven Processen des Mittelohrs und besonders bei der Otosklerose anzuwenden, weiss ich nicht; ebenso ist es mir nicht bekannt, ob ihm die Priorität dieser Behandlungsmethode zukommt, oder ob dieselbe schon vor ihm von irgend jemand angewandt worden ist. So viel ich in der Literatur darüber auch nachgeforscht habe, habe ich doch sehr wenig über diese Frage gefunden. In dem Handbuch der Ohrenkrankheiten von Prof. Politzer (Aufl. v. 1878) fand ich auf Seite 427 folgende Zeilen: „Gegen die adhäsiven Processe im Mittelohr empfiehlt Hinton das Sublimat zu 0,002 3 Mal täglich". Ob Hinton das Sublimat speciell gegen das Ohrensausen gebraucht hat, erwähnt Politzer nicht.

Ausserdem fand ich bei Lucae[5]) die Angabe, dass Toynbee empfohlen hat, gegen heftiges Ohrensausen innerlich Quecksilberpräparate zu geben. Im Lehrbuch von Castex[6]) wird darüber etwas ausführlicher berichtet, indem es da heisst: „Toynbee hat auf die guten Erfolge hingewiesen, die er bei Sklerose der Paukenhöhle mit Calomel und Sublimat erzielte". Baratoux[7]) empfiehlt die Anwendung von Sublimat subcutan und giebt hierfür folgende Formel an:

Rp.	Hydrargyr. bichlorati	0,5
	Natrii chlorati	0,1
	Cocaini hydrochlorici	0,1
	Aq. destill.	50,0

M. D. S. Zu 10 Tropfen für eine subcutane Injection.

Weitere Angaben inbezug auf die uns interessierende Frage habe ich in der Literatur nicht gefunden.

Der allgemeine Eindruck, den wir alle, die wir lange Zeit zusammen gearbeitet haben, bei der Anwendung des Sublimats erhielten, war ein recht günstiger. Ich sage „Eindruck", denn genaue statistische Angaben mit ausführlichen Krankengeschichten der Hunderte von Fällen, in welchen das Sublimat angewandt wurde und welche wir als Beweis für die Nützlichkeit der von uns besprochenen Behandlungsmethode anführen könnten, besassen wir nicht. In den Krankenblättern unserer Ambulanz wurde nur kurz Diagnose, Verlauf und Therapie der Krankheit vermerkt. Genaue, umständliche Untersuchungen des Gehörs, wie sie von der modernen wissenschaftlichen Otiatrie verlangt werden, wurden aber nicht ausgeführt oder nicht notiert. Die Diagnose wurde auf Grund langjähriger Erfahrung gestellt. Indem ich mir vollkommen der Mangelhaftigkeit solcher Notizen im Sinne einer Verwertbarkeit als Beweismaterial für die erzielten Resultate bewusst war, habe ich mich im Laufe mehrerer Jahre in meiner Privatpraxis und, soweit es möglich war, auch in der Ambulanz bemüht, möglichst genaue Krankenbogen zu führen, und kann nun eine ganze Reihe wissenschaftlich beobachteter Fälle anführen mit ausführlicher Krankengeschichte und genauer Untersuchung des Gehörorgans derjenigen Kranken, welchen ich Sublimat gegen Ohrensausen verordnet habe.

Zuerst will ich aber kurz die Anwendungsweise des Sublimats beschreiben. Die Methode ist sehr einfach. Einem jeden Kranken, der an Ohrensausen infolge von chronischer catarrhalischer oder adhäsiver Entzündung des Mittelohres oder infolge von Otosklerose leidet, welches keinen anderen Behandlungsmethoden, namentlich mechanischen, weicht, verordnen wir Sublimat in Pillen nach folgender Formel:

Rp. Hydrargyr. sublimati 0,05.
Extr. Gentianae q. s. ut f. pil. 50.

D. S. 2 Mal täglich zu 1 Pille nach den Mahlzeiten.

Diese Portion Pillen reicht also dem Kranken für 25 Tage, wobei er in jeder Pille im Ganzen nur 1 Milligramm Sublimat erhält. Wenn eine Besserung, d. h. Abnahme oder Aufhören des Ohrensausens überhaupt erfolgt, so geschieht das gewöhnlich erst gegen Ende der ersten Pillenportion, noch häufiger aber während der Einnahme einer zweiten ebensolchen Portion. Deswegen prävenieren wir immer die Kranken, dass sie nicht sofort eine Besserung erwarten, sondern geduldig die erste oder sogar die zweite Pillenportion zu Ende nehmen sollen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass, wenn 2 Portionen Pillen nicht helfen, von einem weiteren Gebrauch des Sublimats auch nichts zu erwarten ist; wenn aber nach 2 Pillenportionen eine Besserung eintrat, aber kein vollständiges Schwinden des Ohrensausens erfolgte, so verordneten wir in seltenen Fällen noch eine dritte Pillenportion, die übrigens gewöhnlich nur wenig zu dem schon erzielten Resultat beitrug. Während der Sublimatcur wurde keine andere Behandlung angewandt. Gewöhnlich dauert die Besserung, d. h. das Nachlassen oder Schwinden des Ohrensausens ein halbes bis zu einem ganzen Jahr an, nach dessen Ablauf häufig von neuem Sublimat verordnet werden muss, aber bei der Wiederholung der Sublimatcur genügt in der Regel eine Portion zum Nachlassen des Ohrensausens. Alle Patienten ohne Ausnahme vertragen diese kleinen Sublimatdosen ausgezeichnet. Klagen über irgend welche unangenehmen Nebenwirkungen haben wir nie zu hören bekommen. Im Gegenteil, Kranke, die an habitueller Obstipation litten, erklärten nicht selten, das ihr Darm besser arbeitete als früher. Um möglichst einwandfreie Resultate zu erhalten, wurde das Sublimat, wie ich schon sagte, nur in den Fällen verordnet, wo es mit allen mechanischen Mitteln nicht gelang, ein Nachlassen des Ohrensausens zu erzielen. In vielen Fällen wurden ausserdem zuerst andere gebräuchliche innere Mittel (Brompräparate, Jodkali, Chinin, Extr. fluid. Cimicifugae racemosae u. a.) versucht. Somit kam das Sublimat so zu sagen als ultimum refugium in Anwendung, und die damit erreichten Erfolge konnten diesem Mittel voll zugeschrieben werden. Es ist auch bekannt, dass das Ohrensausen während der warmen und trockenen Jahreszeit häufig von selbst nachlässt oder sogar ganz vergeht, um beim Eintritt feuchter und kalter Witterung von neuem zu erscheinen. Zwecks Ausschaltung dieses Moments suchte ich, wenn irgend möglich, das Sublimat

vorzugsweise im Herbst und im Winter, nicht aber im Sommer zu verordnen.

Um Missverständnissen vorzubeugen, will ich gleich hier vorausschicken, dass das Sublimat auf das Gehör gar keinen Einfluss auszuüben scheint; in den Fällen aber, wo eine Besserung des Gehörs zu beobachten ist, ist es meiner Meinung nach indirect dadurch zu erklären, dass infolge des Nachlassens des Ohrensausens die Gehöreindrücke weniger übertäubt wurden.

Ich komme jetzt zur Besprechung der Fälle, in welchen es mir gelang, die Wirkung des Sublimats zu beobachten. Diese Fälle werden uns am besten zeigen, wann man einen Erfolg von der Sublimatcur erwarten kann und sie werden uns vielleicht ein wenig helfen, die Wirkungsweise des Sublimats bei den erwähnten Krankheiten zu erklären.

Gegenwärtig kann ich Ihnen das Resultat meiner Beobachtungen an 80 Kranken vorlegen, von denen 50 in der Ambulanz des Maximilianhospitals teils von mir, teils von meinem hochverehrten Collegen W. Lamann behandelt wurden und 30 bei mir zu Hause.

Bei allen Kranken, denen ich Sublimat gegen Ohrensausen verordnete, wurde vordem eine allseitige Untersuchung der Ohren und genaue Bestimmung des Gehörs vorgenommen, und zwar otoskopische Untersuchung und Prüfung der Beweglichkeit des Trommelfells mit Hilfe des Siegleschen Trichters, Zustand der tubae Eustachii (Durchgängigkeit beim Durchblasen nach Politzer, Katheterismus, und nötigenfalls Bougieren) Bestimmung des Gehörs mit Flüstern, lautem Sprechen, Stimmgabel, mit dem Politzerschen Gehörmesser, der Galtonschen Pfeife, dem Versuch von Rinne, Weber und Schwabach. Das Resultat der Untersuchung mit der Stimmgabel wurde graphisch nach der Hartmannschen Methode dargestellt.

Unter den 50 im Maximilianhospital behandelten Fällen waren 27 Fälle von Otosklerose, 16 Fälle von Otitis media catarrhalis chronica simplex oder adhaesiva, 6 Fälle ohne genauere Bestimmung: Sklerose oder Otitis media catarrhalis simplex und 1 Fall von combinierter Erkrankung: Sklerose des einen Ohres und Otitis media catarrhalis chronica des anderen.

Unter den 30 Fällen aus meiner Privatpraxis waren 14 Fälle von Sklerose und 16 Fälle von Otitis media catarrhalis chronica simplex oder adhaesiva.

Ich will nicht die Aufmerksamkeit der Leser durch die Aufzählung aller dieser Fälle ermüden, sondern werde mir erlauben als Beispiel nur einige typische Krankengeschichten von verschiedenen Formen von Ohrerkrankungen anzuführen.

Fall I. Anna K., 35 Jh. alt, kam zu mir 1. Nov. 1901 mit Klagen über Taubheit, starkes Ohrensausen in beiden Ohren und Schwere im ganzen Kopf. Die Krankheit soll vor ungefähr 3 Jahren begonnen haben, ohne dass die Kranke irgend eine Ursache der Erkrankung angeben kann. Ihre Eltern und nächsten Verwandten sollen nicht an den Ohren gelitten haben. Sie hat nur einen Sohn von 9 Jahren, den ich gleichfalls Gelegenheit hatte, zu behandeln infolge einer cavernösen Rhinitis und häufig wiederkehrenden Katarrhs der Eustachischen Tuben. Als Mädchen war Patientin blutarm; Spuren von Blutarmut sind auch jetzt bemerkbar. Das Ohrensausen bestand anfangs nur auf dem rechten Ohr, aber nach einem halben Jahre stellte es sich auch links ein. Dieses Ohrensausen ist beständig, ununterbrochen und sehr stark, ähnlich dem Geräusch in einem kochenden Kessel. Verschlechterung des Gehörs bemerkte Pat. erst vor $1^1/_2$ Jahren. Die Kranke ist viel mit Durchblasen behandelt worden, aber ohne Erfolg. Bei der Untersuchung erwies sich das Trommelfell beiderseits vollkommen normal, mit normalem Glanz und Lichtkegel und ohne jede Einziehung. Die Tuben vollkommen durchgängig; bei dem Katheterisieren entsteht ein lautes, blasendes Geräusch. Vollkommene Beweglichkeit des Trommelfells beiderseits im Siegleschen Trichter. In der Nase und im Nasenrachenraum geringe Atrophie und Trockenheit der Schleimhaut. Flüstern erkennt Pat. nur bis auf $^1/_2$ Meter beiderseits, gewöhnliches Sprechen vernimmt sie aber recht gut in einer Entfernung von 3 Metern. Rinne beiderseits absolut negativ. Weber am Kopf und Schwabach verlängert. Durchblasen durch den Katheter übt weder auf das Gehör, noch auf das Ohrensausen irgendwelchen Einfluss aus, nur wird der Kopf etwas freier. Am 14. November verordnete ich der Kranken die erste Pillenportion mit der Weisung, nach einem Monat wiederzukommen. 10. XII. erschien sie in der Tat und gab an, dass das Ohrensausen bedeutend geringer und schwächer als früher sei; zeitweilig bemerkt sie es gar nicht, wenn sie nicht besonders darauf achtet, aber dann wird es plötzlich wieder für kurze Zeit stärker. Das Gehör ist objectiv ohne Veränderung. Es wird eine zweite Portion Pillen verordnet. 2. II. 1902 kam die Kranke zu mir wieder, indem sie sich entschuldigte, dass sie nicht früher hatte kommen können, weil sie in Familienangelegenheiten für kurze Zeit aus Petersburg verreist war. Ohrensausen hat sie jetzt fast gar nicht, sie verspürt es nur am Abend, wenn Alles im Hause ruhig wird. Aber dieses unbedeutende Ohrensausen stört sie gar nicht. Die Kranke giebt an, ihr scheine, sie höre besser, aber objectiv ist das nicht zu merken. 7. X. 1902, d. h. nach 8 Monaten, stellte sich Pat. mir wieder vor, weil das Ohrensausen anfing wieder stärker zu werden. Während der ganzen Zeit seit dem Februar hatte sie sich wohl gefühlt, und das Ohrensausen hatte sie nicht belästigt. Im Sommer hatte sie auf dem Lande 2 Mal Schnupfen gehabt, aber auch dabei war das Ohrensausen nicht stärker geworden. Erst gegen Ende September hatte sich das Ohrensausen wieder eingestellt. Ich verordnete ihr wieder eine Portion Pillen, und das Ohrensausen schwand; nur abends trat es in unbedeutendem Grade auf.

Die Krankengeschichte und die objective Untersuchung ergab in diesem Falle, dass es sich hier um eine Sklerose des Mittelohrs handelte, die 3 Jahre andauerte. Das starke, ununterbrochene Ohrensausen besserte sich nach dem Katheterisieren gar nicht. Zwei Portionen Sublimatpillen beim ersten Mal und eine Portion beim zweiten Mal, nach einem halben Jahr, bewirkten ein bedeutendes Nachlassen des Ohrensausens auf lange Zeit und machten es kaum wahrnehmbar.

Fall 2. L. S., 18 J. alt, kam zu mir mit ihrer Mutter 25. III. 1903 mit Klagen über sehr schlechtes Gehör und starkes Sausen in beiden Ohren.

Anamnese. Der Vater der Kranken ist tot, an den Ohren hat er nicht gelitten. Die Mutter, 2 Brüder und eine Schwester hören gut. Pat. hat an keiner Krankheit ausser Scharlach in der Kindheit gelitten. Nach der Angabe der Mutter fing das Gehör nach dem Scharlach an schlechter zu werden. Blasses, blutarmes Mädchen von schwächlichem Körperbau, leichtes Stottern, angeblich gleichfalls von Kindheit an. Bei der Inspection der Nase findet sich Hypertrophie des hinteren Endes der linken unteren Muschel. Keine adenoiden Wucherungen, das Gewölbe des Nasenrachenraums ziemlich glatt, eher trockene Pharyngitis. Am Körper keine Veränderungen ausser einer strahligen Narbe am linken Knie von ungewisser Herkunft. Das Trommelfell beiderseits vollkommen normal, nicht eingezogen, im Siegleschen Trichter gut beweglich, die Reflexe am Platz. Gehör bei Flüsterstimme beiderseits = 0; gewöhnliches Sprechen auf 2 Meter wahrnehmbar. Weber beiderseits gleich, Rinne —. Beim Katerisieren, das leicht gelingt, trockenes Geräusch, das Gehör bessert sich danach gar nicht. Früher waren Durchblasungen im Laufe eines Jahres ganz resultatlos gemaht worden. Charakter des Geräusches — ununterbrochenes Zischen. Es werden Sublimatpillen verordnet.

27. IV. 1903. Das Geräusch links schwächer.

27. V. Da Pat. aufs Land gezogen ist, stellt sie sich verspätet vor.

Subjectives Befinden viel besser, das Ohrensausen macht sich wenig bemerkbar. Gehör ohne Veränderung.

29. IX. Unbedeutendes Ohrensausen beiderseits, welches wenig belästigt.

3. III 1904. Während der ganzen Zeit war das Ohrensausen sehr schwach, vor ungefähr 2 Wochen fing es an, stärker zu werden. Es werden Pillen verordnet.

8. IV. Gar kein Ohrensausen. Die Pillen werden nicht wiederholt. Pat. ist nicht wiedergekommen.

Diagnose: doppelseitige Otosklerose. Zu beachten ist das vollständige Schwinden des Ohrensausens, welches wahrscheinlich auch nicht wiedergekehrt ist, da im entgegengesetzten Falle Pat. bestimmt wiedergekommen wäre.

Fall 3. Fanny S., Kaufmannsfrau, 46 Jh. alt. Vor 6 Jahren Verlegung des rechten Ohres; nach Durchblasung verging alles. Die Besserung dauerte 3 Monate, dann wurde das Ohr

wieder verlegt, und trotz Behandlung fing Pat. an, schlechter zu hören. Zur Verschlechterung des Gehörs gesellte sich später starkes Ohrensausen, das bis jetzt anhält. Links war nie Ohrensausen vorhanden, und Pat. giebt an, mit diesem Ohr gut zu hören. Ausserdem leidet Pat. an chronischer Obstipation, weswegen sie 2 Jahre in Karlsbad behandelt wurde, an Blutandrang zum Kopf und Schwindel, der mitunter recht stark wird, so dass Pat. gezwungen ist, sich hinzulegen.

S t a t u s. Rechtes Ohr: sehr trübes, stark eingezogenes Trommelfell, Reflex nicht zu sehen, schwache Beweglichkeit im S i e g l e schen Trichter. Flüstern wird hart am Ohr kaum wahrgenommen, R i n n e —. W e b e r rechts. Linkes Ohr: Trommelfell von milchiger Farbe, etwas eingezogen, Reflex vorhanden, aber verkürzt, Beweglichkeit im S i e g l e schen Trichter schwach, Flüstern wird auf 5 Meter gehört, R i n n e —. Linke Tube etwas verengt, rechte vollkommen durchgängig.

In diesem Falle haben wir es mit einer doppelseitigen Otitis media catarrhalis chronica adhaesiva zu tun. Diese Diagnose wurde auch von Prof. P o l i t z e r bestätigt, als Pat. ihn gelegentlich consultierte. Die Kranke hatte sich lange und sorgfältig behandeln lassen. Durchblasungen nach P o l i t z e r und vermittelst Katheter, Bougieren, Massage, Einblasen von Aether und Chlorammonium, Behandlung des Halses und der Nase, Brom- und Jodpräparate, Chinin (zu 0,3 ein Mal täglich) hatten gar keinen Einfluss auf das Ohrensausen, und nur für kurze Zeit besserte sich das Gehör nach dem Katheterisieren. Die Kranke litt sehr an dem Ohrensausen. Der Schwindel verging nach der Cur in Karlsbad vollständig. Für einige Zeit wurde das Ohrensausen etwas schwächer nach Gebrauch von extr. fluid. Cimicifugae racemosae, aber besonders gut wirkte das Sublimat. Die Kranke befindet sich unter meiner Beobachtung schon mehrere Jahre. Jedes Jahr nimmt sie im Frühling und im Herbst 1—2 Portionen von den Sublimatpillen ein, wonach sehr bald (nach 10—15 Tagen) das Ohrensausen bedeutend nachlässt; die Kranke empfindet dasselbe wenig und nur abends. Im Sommer und auch im Winter, sobald Frost eintritt, fühlt sich Pat. wohl auch ohne Arznei.

Ich habe mich darauf beschränkt, nur wenige Krankengeschichten anzuführen, um die Aufmerksamkeit des Lesers nicht zu ermüden, da ja die Klagen und Symptome bei allen solchen Kranken mehr oder weniger gleich und allen zur Genüge bekannt sind. Zur Beurteilung der Wirkung des Sublimats ist es aber viel wichtiger, ein allgemeines Resümee über die von mir beobachteten 80 Fälle zu geben. Unter diesen Fällen waren viele solche, in welchen die Wirkung des Sublimats nicht genügend lange beobachtet worden war oder wo sie nicht deutlich genug zu Tage trat. Das sind eben die Fälle, wo die Kranken, wenn auch eine Besserung nach der ersten Portion von Sublimatpillen erfolgte, sich nicht mehr vorstellten, um die erzielte Erleichterung ihres Leidens controllieren zu lassen, ferner die Fälle, wo zwar das Nachlassen des Ohrensausens auch nach Gebrauch einer zweiten Pillenportion constatiert worden war, aber ohne dass die Patienten die Wirkung des Mittels so zu sagen besonders rühmend hervorhoben. Solcher Fälle gab es 20, und ich halte es nicht für möglich, sie zu den Fällen mit unbedingt günstigem Behandlungserfolg zu zählen. Von den übrigen 60 Fällen war in 41 die günstige Wirkung des Sublimats durchaus fraglos positiv, d. h. entweder durch wiederholte Anwendung des Mittels bestätigt oder durch solche Aussagen der Kranken constatiert, an denen gar nicht zu zweifeln war. Hingegen trat in 19 Fällen gar keine Besserung nach Anwendung des Sublimats ein. Somit bewirkte das Sublimat in 41 von den 80 von mir beobachteten Fällen (= 51,25%) unbedingt Erleichterung des Ohrensausens, d. h. bedeutendes und anhaltendes Nachlassen oder sogar vollkommenes Schwinden desselben, in 20 Fällen wurde eine merkliche Linderung von den Kranken angegeben (= 25%) und in 19 Fällen (= 23,75%) erfolgte gar keine Besserung nach dem Sublimatgebrauch.

Auf die Frage, bei welcher Erkrankung des Ohres das Sublimat bessere Resultate liefert, ob bei der Otosklerose oder bei der Otitis media catarrhalis chronica, kann ich auf Grund unseres Materials nur antworten, dass der Procentsatz günstiger und negativer Wirkung des Sublimats bei beiden Krankheiten keinen wesentlichen Unterschied aufweist.

Hier möchte ich auch erwähnen, dass unter meinen Kranken im Ganzen 5 Syphilitiker waren, meist mit recht veralteter Syphilis (10—32 Jahre). Unter diesen wurde bei 4 sehr bedeutende Besserung erzielt, bei einem zweifelhafte.

Durch alle meine Beobachtungen scheint mir die Tatsache der günstigen Wirkung des Sublimats auf das Ohrensausen vollkommen festgestellt zu sein und für mich persönlich wenigstens keinem Zweifel zu unterliegen. Wir haben gesehen, dass der Procentsatz der durch dasselbe erzielten Besserungen ein recht bedeutender ist, der uns jedenfalls zu weiteren Untersuchungen in dieser Richtung ermutigt. Und wenn auch weitere Beobachtungen zeigen sollten, dass der Procentsatz der Besserung geringer ist als ich jetzt annehme, so werde ich doch glücklich sein, wenn es mir gelingt, wenn auch einer beschränkten Zahl der an Ohrensausen leidenden Kranken zu helfen.

Es erübrigt nun, noch eine Frage zu beantworten, die sich von selbst uns aufdrängt: wie ist die Wirkung des Sublimats bei den erwähnten Krankheiten zu erklären? Der diesen Krankheiten zu Grunde liegende pathologisch-anatomische Vorgang ist uns allen genügend bekannt, und ich halte es für überflüssig, mich darüber auszulassen. Mein erster Gedanke war, ob nicht das Sublimat auch in diesem Falle resorbierend wirkt, wie bei der Syphilis. Gegen eine solche Annahme sprechen aber folgende Tatsachen. Es ist bekannt, dass in der Aetiologie der Otosklerose eine gewisse, wenn auch geringe Rolle die Syphilis spielt. In den 60-er Jahren des vorigen Jahrhunderts gab es nach Prof. L u c a e (l. c. p. 314) in der Augenklinik Prof. A l b r e c h t von G r a e f e s recht viele Kranke mit syphilitischen Augenleiden und gleichzeitiger Otosklerose, gleichfalls auf syphilitischer Basis. In solchen Fällen wurden sehr oft Quecksilbereinreibungen angewandt, dank denen die Augenerkrankungen nicht selten geheilt wurden, die Taubheit blieb aber unverändert. Wenn aber so grosse Quecksilberdosen keine Wirkung auf das Ohr ausübten, so ist es unwahrscheinlich, anzunehmen, dass so kleine Dosen, wie ich sie verordne, bessernd auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen wirken könnten.

Ausserdem ist es schwer anzunehmen, dass ein und dasselbe Mittel (in unserem Falle das Sublimat) in gleicher Weise auf so verschiedenartige pathologisch-anatomische Vorgänge wie die Otosklerose und die Otitis media catarrhalis simplex oder adhaesiva wirken könnte. Deshalb bin ich eher geneigt, das Sublimat beim Ohrensausen als ein symptomatisches Mittel anzusehen. Diese meine Vermutung wird vielleicht noch durch folgenden Umstand bestätigt. Von der oben erwähnten Annahme einer resorbierenden Wirkung des Sublimats, wie bei der Syphilis, ausgehend und deshalb die Möglichkeit einer Wirkung dieses Mittels bei der Otitis interna bezweifelnd, hatte ich im Anfang meiner Beobachtungen Fälle dieser letzteren Krankheit ganz aus meinen Untersuchungen ausgeschlossen. Aber nachdem ich durch langjährige Erfahrung zu der Annahme gelangt war, dass die Wirkung des Sublimats beim Ohrensausen wahrscheinlich eine rein symptomatische ist, fing ich später an, auch die Fälle von Erkrankung des inneren Ohres in den Kreis meiner Untersuchungen zu ziehen. Die Zahl

der Fälle von Otitis interna ist bei mir einstweilen leider noch gering, und ich erwähne sie in dieser meiner Arbeit gar nicht, aber die auch bei dieser Krankheitsform erzielten guten Resultate überzeugen mich noch mehr von der Richtigkeit meiner Annahme hinsichtlich der symptomatischen Wirkung des Sublimats auf die subjective Erscheinung des Ohrensausens. Das ist allerdings nur eine Hypothese, die vielleicht auch nicht richtig ist, aber wenn wir sie verwerfen, so kann ich keine andere Erklärung für die Wirkung des Sublimats beim Ohrensausen ersinnen.

Vielleicht werden andere in dieser Hinsicht glücklicher sein als ich. Mein einziger Wunsch und der einzige Zweck meiner Mitteilung war der, das Interesse der Collegen für die von mir vorgeschlagene Behandlungsmethode zu erwecken und sie zu weiteren Beobachtungen in dieser Richtung anzuregen. Vielleicht gelingt es auch unseren vereinten Bemühungen, wenn auch etwas Licht in das so dunkle Leben der Kranken, die an Ohrensausen leiden, zu bringen. Zum Schluss möchte ich noch betonen, dass ich die Wirkung des Sublimats der Wirkung anderer Mittel weder gleich- noch gegenüberstelle. In dieser Beziehung besitzt ein jeder Arzt seine eigene Erfahrung und Ueberzeugung, die ich durchaus nicht bestreiten will. Ich möchte nur, dass auch das Sublimat einen Platz unter diesen Mitteln findet und ich bin überzeugt, dass dieser Platz aller Wahrscheinlichkeit nach ein recht ehrenvoller sein wird.

Literatur.

1) Rudolf Panse. Die Schwerhörigkeit durch Starrheit der Paukenfenster. Jena. 1897. — 2) Alfred Denker. Die Otosklerose. Wiesbaden. 1904. — 3) Aug. Lucae. Die chronische progressive Schwerhörigkeit. Berlin. 1907. — 4) Citiert nach Lucae, loc. cit. p. 25. 5) loc. cit. p. 14. — 6) Castex. Ohrenkrankheiten. Russische Uebersetzung aus dem Französischen von Dr. L. Wygodski. St. Petersb. 1902, p. 130. — 7) Ibidem.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

А. О. Брандтъ. Медицинская зоологія со включеніемъ ветеринарно-медицинской и повторительнаго курса для естественниковъ. Изданіе 8-е совершенно измѣненное. Съ многочисленными рисунками въ текстѣ. Харьковъ. Типографія и литографія М. Зильбербергъ и С-вья. 1908.

Dieses Buch ist vor 14 Jahren in erster Auflage erschienen und führt den Titel «medicinische Zoologie» während es ein kurzer Leitfaden der Zoologie für Mediciner ist. Was die Anordnung des Stoffes anbetrifft, so ist die dritte Auflage nach einer Abweichung in der zweiten, zum Princip der ersten zurückgekehrt, wobei das Hauptgewicht darauf gelegt ist, das für den Mediciner Wesentliche zu geben. Im allgemeinen Teil finden wir die Einführung in den zu behandelnden Stoff, den Bau der Tiere im Allgemeinen, die Grundprincipien der allgemeinen Biologie der Tiere und eine Einteilung derselben. Der specielle Teil gibt dann die kurzen Beschreibungen der einzelnen Tierklassen, wobei solche Capitel ausführlich behandelt werden, die durch die letzten Forschungen auf dem Gebiete der Aetiologie der Krankheiten in den Vordergrund gerückt sind, wie z. B. die Mücken unter den Dipteren u. a.

Ucke.

Dr. Georg Boenninghaus: Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studierende und Aerzte. Mit 139 Textabbildungen und 1 Tafel farbiger Trommelfellbilder. Preis 9 M. 80. Verlag von S. Karger, Berlin. 1908.

Im vorliegenden Lehrbuche ist überall das Bestreben zu erkennen, dem Bedürfnisse des Lernenden entgegen zu kommen. Dementsprechend ist die Otoscopie, welche dem Anfänger die grössten Schwierigkeiten bereitet, besonders gründlich bearbeitet, der Befund am normalen und veränderten Trommelfell durch zahlreiche Textabbildungen und eine Tafel sehr gelungener farbiger Trommelfellbilder erläutert. Sehr zu begrüssen ist ferner im Boenninghaus'schen Werke die ausführliche und überaus sachgemässe Darstellung der Physiologie des Ohres, dieses Stiefkindes der meisten otologischen und selbst physiologischen Lehrbücher. Mit diesem Kapitel verband Verfasser zugleich die Prüfung der Function des Ohres. Ausser der akustischen Function wird dabei auch die statische Function des Ohres und ihre Prüfung recht eingehend beschrieben. Der zweite Teil des Buches ist der speciellen Pathologie und Therapie gewidmet. Die häufigeren und praktisch wichtigen Krankheitsformen sind hier recht ausführlich besprochen, die selteneren nur kurz gestreift. Die Anatomie wird bei den einzelnen Krankheitsgruppen besprochen, wobei Verfasser sich auf das Notwendigste beschränkt. Die Therapie ist einfach und doch genügend. Die für den Praktiker besonders wichtigen Handgriffe, wie Trommelfellschnitt, Katheterismus, Polypenoperation etc. sind durch zahlreiche Abbildungen illustriert. Die Darstellung ist eine überaus klare und möglichst objective. All' diese Vorzüge werden dem Boenninghaus'schen Lehrbuche sicher viele Freunde erwerben.

A. Sacher.

M. Westenhoeffer: Atlas der pathologisch-anatomischen Sectionstechnik. Mit 34 Abbildungen. Berlin. 1908. Verlag von August Hirschwald.

Dieser Atlas, der durch Einfachheit der Ausstattung auffällt, gibt an der Hand von 34 etwas schematisch gehaltenen, aber sehr übersichtlichen Abbildungen und in einem gedrängten aber klaren Text die Anleitung zur Ausführung von Obductionen, die von den bekannten Methoden vielfach abweicht. Es wird das Princip durchgeführt, das Operationsfeld soweit wie möglich frei zu legen und bei Entfernung der Organe topographisch-schichtweise vorzugehen. So berechtigt und beherzigenswert die Hinweise sind, so lässt sich die Methode leider nicht immer anwenden, da sie doch ziemlich beträchtliche Verunstaltungen des Körpers mit sich bringt.

Ucke.

Dr. Moritz Oppenheim: Atlas der venerischen Affektionen der Portio vaginalis uteri und der Vagina. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1908.

Auf 19 Tafeln ist es dem Verfasser gelungen, in recht naturgetreuen farbigen Abbildungen die venerischen Affektionen der Portio vaginalis darzustellen. Dieser Atlas füllt eine fühlbare Lücke in der gynäkologischen Literatur aus. Er soll es dem Gynäkologen erleichtern, die verschiedenen Affektionen der Vaginalportion diagnostisch zu differenzieren, die ja bekanntlich nur zu leicht von ihm in den grossen Topf der Erosion geworfen werden. Die Mannigfaltigkeit des Aussehens der venerischen Ulcerationen, Sklerosen, Papeln und Gummata erfordert eine specielle Erfahrung bei der Deutung der Bilder. Diese ist aber beim Gynäkologen in geringerem Masse vorhanden als beim Syphilidologen oder Polizeiarzt. Der vorliegende Atlas von Dr. Oppenheim kann daher dem Gynäkologen als wichtiges Hülfsmittel bei der Diagnose dienen. Auch der kurze Begleittext wird von ihm mit umso grösserer Dankbarkeit aufgenommen werden, als die behandelten Portioaffektionen in den gynäkologischen Handbüchern nur sehr kurz und unvollständig behandelt werden.

Der Wert des Buches wird durch seine prächtige Ausstattung noch wesentlich erhöht.

W. Beckmann.

Von Bergmann und Rochs: Anleitende Vorlesungen für den Operations-Kursus an der Leiche, bearbeitet von Prof. A. Bier und Dr. H. Rochs. 5 Auflage. Berlin. 1908. August Hirschwald.

Nach v. Bergmanns Tode ist die neue Auflage dieses beliebten Buches von seinem Nachfolger Prof. Bier mit bearbeitet worden. Dabei ist der Charakter des bewährten Buches möglichst gewahrt worden. Mehrere in letzter Zeit ausgebildete Operationsmethoden (Unterbindung der A. subclavia nach Riedel, die Oberschenkelamputation nach Ssabanejeff, die Neisser'sche Hirnpunktion, die Killian'sche Operation bei Stirnhöhleneiterung u. a.) sind dazugekommen. Die bisherigen 2 Teile sind in einem Buch zusammengefasst, wodurch das Buch handlicher geworden ist. Auch die Ausstattung ist reicher geworden, [illegible] durch die neue Auflage hat das Werk wesentlich gewo[illegible]

W. B.

Prof. Dr. A. Dührssen: Geburtshülfliches Vademecum. Berlin. Karger. 1908.

Die soeben erschienene 9-te Auflage des bekannten Dührssen'schen geburtshülflichen Vademecums weist zahlreiche Verbesserungen auf. Das Buch eignet sich zum schnellen Repetieren für den Studierenden, es kann aber auch sehr wohl dem praktischen Aerzte ein guter Ratgeber sein. Die Anordnung und Besprechung des Stoffes ist ungemein praktisch, wobei geburtshülfliche Untersuchung, Operationslehre, Antisepsis und andere für den Praktiker wichtige Kapitel recht eingehend, alle theoretischen Erörterungen dagegen nur kurz behandelt sind. Ueberall merkt der Leser, dass das Buch sich auf die grossen Erfahrungen des Verfassers stützt, dessen persönliche Anschauungen dem Vedemecum ein etwas subjektives Gepräge verleihen. Dadurch wird das Interesse am Buch aber nur erhöht, besonders wenn man sich der bahnbrechenden Leistungen des Verf. (Uterustamponade, tiefe Incisionen, vaginaler Kaiserschnitt, Metreuryse u. a.) erinnert, durch welche die augenblicklich herrschende chirurgische Aera der Geburtshülfe mit eingeleitet wurde.

Sicherlich wird sich die neue Auflage des Buches zu den alten viele neue Freunde erwerben.

W. Beckmann.

Dr. Ferdinand Alt: Die Taubheit infolge von Meningitis cerebrospinalis epidemica. Mit 12 Tafeln. Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1908. Preis M. 4.

Die epidemische Genickstarre führt ausserordentlich häufig zu eitrigen Entzündungen des inneren Ohres, wodurch vollkommene Taubheit entstehen kann. Im Jahre 1907 hatte Verfasser Gelegenheit, 50 Fälle von Meningitis cerebrospinalis epidemica auf Störungen seitens des Gehörorganes zu untersuchen. Sämmtliche Fälle sind klinisch beobachtet, die Diagnosen durch Lumbalpunktion und bakterielle Untersuchung des Punktates, eventuell durch die Autopsie sichergestellt. Die hierbei gewonnenen sehr wertvollen anatomischen und klinischen Befunde bilden den Inhalt der vorliegenden Arbeit. Von besonderem Interesse sind die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchungen von drei Paaren von Schläfenbeinen, die von drei an Genickstarre verstorbenen Patienten stammen. Die zahlreichen sehr instructiven Abbildungen dieser mikroskopischen Präparate auf 12 Tafeln geben ein klares Bild von dem Wesen der Affection des Gehörorganes bei der genannten Erkrankung. Diese sowohl, wie die klinischen Befunde an den vom Verf. beobachteten 50 Fällen zeigen, dass die Taubheit bei der epidemischen Cerebrospinalmeningitis fast ausnahmslos durch eine eitrige Entzündung des inneren Ohres verursacht wird. Die bei der epidemischen Genickstarre zuweilen beobachteten Otitiden lassen sich nur durch Uebergreifen des Entzündungsprocesses vom inneren Ohre auf das Mittelohr nach Zerstörung der Paukenfenster oder auf dem Wege des canalis facialis erklären. Weit seltener entstehen bei der Meningitis cerebrospinalis epidemica Mittelohrentzündungen durch Infection von der Nase aus, ohne dass das Labyrinth mitbeteiligt ist. Die Lectüre der vorliegenden Arbeit kann Specialisten sowohl, wie praktischen Aerzten nur bestens empfohlen werden.

A. Sacher.

Protokolle des IV. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 11., 12. und 13. November 1907 zu Reval.

2. Sitzung.

Reinlichkeit und Sauberkeit liessen vielfach zu wünschen übrig, doch liess sich auch darin durch energischen Hinweis meistens eine Besserung erzielen. — Die Lehrer haben sich den Erläuterungen gegenüber zum grössten Teil als zugängig erwiesen, und ich habe es versucht, wie es scheint, mit etwas Erfolg, ihnen gelegentliche Erklärungen über die häufigsten Infektionskrankheiten zu geben, damit beim Auftreten von ansteckenden Krankheiten unter den Schülern diese frühzeitig gemeldet und isoliert werden können. Mit gutem Erfolg habe ich Trachom, welches anfangs unter den Schulkindern häufig vertreten war, bekämpft durch zeitweiligen Ausschluss aus der Schule. Bei der Behandlung der trachomatösen Schüler liessen sich vielfach noch andere ebenso erkrankte Geschwister oder Eltern derselben eruieren, die ich auch durch den Hinweis auf die Folgezustände der Erkrankung zur Behandlung veranlassen konnte. Ebenso verhielt es sich auch mit anderen chronischen Erkrankungen, wie Krätze und dergleichen.

Im grossen Ganzen habe ich den Eindruck gewonnen, dass die sanitären Verhältnisse in den Volksschulen durch die Einführung der Sanitätsreform durchaus im günstigen Sinne beeinflusst werden können, was sich nicht vom Armenwesen sagen lässt.

In Betreff des Armenwesens in meinem Bezirk kann ich fast gar keine positiven Resultate verzeichnen, da es hier ein organisiertes Armenwesen überhaupt nicht giebt. Die Armenpflege lässt sich in eine kirchliche und eine Gemeindeverpflegung einteilen. Zur Unterbringung der Armen sind im IV. Wierl. S.-Bezirk nur 2 Häuser vorhanden, die den Namen eines Armenhauses beanspruchen können, dazu kommt noch eines, welches im Bau begriffen ist. Die übrigen können nur als sogenannte Badestuben treffend bezeichnet werden. An diese Häuser kann, ausgenommen das eine, überhaupt kein sanitärer Massstab angelegt werden.

Ein kleiner Teil der Insassen wird von der Kirche aus unterstützt, als sogenannte Kirchenarme, der andere, grössere Teil muss meistens selbst für sich sorgen, oder soll von der Gemeinde aus unterstützt werden, was aber selten zutrifft. Da eine Verwaltung der Armenhäuser nicht vorhanden, so ist hier die grösste Unordnung zu finden, die der L-arzt auch nicht abändern kann. Um dieses zu charakterisieren, führe ich an, dass ich bei der Revision eines Armenhauses vorgefunden habe neben alten, arbeitsunfähigen Menschen einen Geisteskranken, einen Idioten und eine arbeitskräftige Familie, welche sich selbst in den ohnehin schon nicht grossen Raum einquartiert hatte und die schwächeren Elemente verdrängte. — Die Gemeinden teilen häufig ihre Armen, darunter auch Geisteskranke für eine kleine Zahlung den einzelnen Gemeindegliedern zu, oder falls sich niemand findet, der sie beständig aufnimmt, so müssen die Armen von Gesinde zu Gesinde wandern, um kümmerlich ernährt zu werden.

Unter solchen geschilderten Verhältnissen kann von einer Beaufsichtigung des Armenwesens durch den L-arzt nicht die Rede sein.

Günstigere Ergebnisse sind im Hebammenwesen zu verzeichnen.

In meinem Bezirk sind 2 in der Landeshebammenanstalt ausgebildete Hebammen, die privatim von den Höfen angestellt sind mit dem Recht der Ausübung von freier Praxis. Sie sind keine landschaftlichen Hebammen, aber unter analogen Bedingungen angestellt, so dass der Landarzt ihre Tätigkeit controllieren kann. — Die Notwendigkeit einer vermehrten Anstellung von Hebammen erweist sich deutlich aus dem «Antrag der Kreisdeputiertenversammlung in Sachen der Sanitätsreform» und dem «Gutachten des Curatoriums der Hebammenanstalt» zur Frage der Reorganisation des Hebammenwesens, wonach bisher von ca. 10000 Geburten jährlich auf dem Lande circa 200, also nur $^{1}/_{50}$ von ausgebildeten Hebammen geleitet werden. — Als Ideal müsste hier die Forderung gelten, dass jede Frau aus dem Volke, wenn sie es wünscht, in ihrer schweren Stunde eine geschulte Helferin zur Seite haben kann. Unter den in Estland obwaltenden Verhältnissen ist das jedenfalls in absehbarer Zeit nicht zu erwarten und deswegen als erreichbares Ziel aufgestellt, dass ca $^{1}/_{4}$ aller Geburten unter der Assistenz von Hebammen stattfinden würde. Dass dieses Ziel im II. Wierl. S.-Bezirk beinahe erreicht ist, kann man daraus ersehen, dass im Jahre 1906 von 283 Geburten 50, also beinahe $^{1}/_{5}$ unter der Leitung von Hebammen stattfanden. Unter diesen von den Hebammen geleiteten Geburten sind zwei totgeborene Kinder, keine schwereren Wochenbetterkrankungen zu verzeichnen. Gestorben eine Wöchnerin an Eklampsie. Unter der Zahl der übrigen 233 Geburten konnte ich feststellen: 10 totgeborene Kinder, 1 tötliche Wochenbetterkrankung und viele leichtere. Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensmonat betrug 14 von 271, d. i. 0,05 pCt.

Aus allem diesen kann man den Schluss ziehen, dass im Hebammenwesen ein bedeutender Fortschritt zu verzeichnen ist, und dass die Hebammen Anklang bei der Landbevölkerung finden.

Der Grund, dass nicht mehr Geburten von Hebammen geleitet sind, ist nicht mehr der Kostenpunkt oder Schwererreichbarkeit der Hebammen, sondern Indolenz und Unwissenheit der Landbevölkerung, welche allmählich zu überwinden Hoffnung ist.

Mit der Sanitätsreform wurde auch eine Reform des Impfwesens auf dem Lande eingeführt.

Obwohl das neue Impfreglement erst im Frühjahr 1907 in Kraft trat und bis jetzt unvollständig functioniert hat, so kann ich doch schon jetzt gute Resultate verzeichnen.

Da jetzt eine gute Controlle möglich ist, so hat es sich dabei ergeben, wie schlecht es bis dahin mit dem Impfwesen stand; ich habe wiederholt mehrjährige, ja sogar ein 10-jähriges Kind gefunden, welches überhaupt nicht vacciniert war.

Der Fortschritt besteht darin, dass das neue Impfreglement dem Landarzt vollständig ermöglicht, darauf zu achten, dass

die Vaccination und auch die Revaccination der Schulkinder, welche letztere auf dem Lande bis dahin nicht als Regel stattfand, vollständig durchgeführt wird.

Ebenso kann verzeichnet werden ein Fortschritt in der Impfung der auf dem Lande und auf den Höfen und dem Hoflande wohnenden Kinder, die bis dahin aus der Impfung durch die Gemeindeimpfer ausgeschlossen waren.

Schwierigkeiten haben sich nur bei der Einführung ergeben. Hier muss ich noch den Umstand erwähnen, dass bei der Controlle die zusammengesetzten Gemeinden ein Hindernis darstellen. Es giebt im IV. Wierl. S.-Bezirk und sicher auch in anderen, ein Gebiet, welches einer Gemeinde, die im benachbarten Bezirk gelegen, zugeteilt ist. Da jede Gemeinde nur ein Impfbuch führt, welches der Controlle des Landarztes, dem die Gemeinde in sanitärer Hinsicht zugehört, unterliegt, und auch ein obengenanntes Gebiet von einem ins fremden Bezirk wohnenden Impfer versorgt wird, so bietet sich hier der Controlle eine Schwierigkeit, die noch eine Lösung finden muss. — Das ganze betreffend kann ich sagen, dass das neue Impfreglement gute Resultate giebt und bei gutgehandhabter Controlle mustergiltig sein kann, da die Impfer und die Impfung von Seiten des Landarztes vollständig übersehen werden können, was bei einiger Erfahrung auch keine Schwierigkeiten bietet.

Nicht so leicht fällt es dem Landarzt, Erfolge zu erreichen bei der Bekämpfung von Epidemien, da ihm dazu noch zu wenig Hilfsmittel zur Verfügung stehen. Als Fortschritt kann ich in dieser Hinsicht anführen, dass jetzt der Arzt auf dem Lande überhaupt die Möglichkeit hat, Massregeln beim Auftreten von Infectionskrankheiten zu ergreifen, obwohl es noch viel an der Ausführung derselben mangelt. Günstig ist auch der Eindruck, den ich gewonnen habe, dass sich unter der Landbevölkerung allmälig die Erkenntniss von Ansteckungsgefahr bei Infectionskrankheiten durchzuringen scheint. So habe ich es erfreulicherweise nicht mehr so selten erlebt, dass Eltern aus der Landbevölkerung ihre Kinder und auch sich vor dem Verkehr mit Nachbaren, wo z. B. Scharlach im Hause war, hüteten. Diese Tatsache möchte ich durchaus betonen, da sie bis jetzt höchst selten war, und sie zeigt, dass der Landarzt durch mündliche Erklärungen und durch Verbreitung von Merkblättern, deren grosse Bedeutung ich hervorhebe, allmälig einen guten Erfolg erzielen kann, indem er hier zur Verbreitung von richtigen Begriffen beiträgt. Bevor unter der Landbevölkerung nicht Kenntnisse von den landläufigsten Symptomen der hauptsächlichsten Infectionskrankheiten verbreitet sind, lässt sich überhaupt nicht erwarten, dass man eine Epidemie gleich im Entstehen unterdrücken kann. Die factische Bekämpfung von Epidemien durch Isolation der Kranken und Desinfection steht auf dem Lande noch auf sehr niedrigem Niveau.

Erstens erfährt der Landarzt häufig nicht rechtzeitig von infectiösen Erkrankungen, da die Meldung darauf verdächtiger Krankheitsfälle an den Landarzt als Pflicht noch sehr ungenügend gehandhabt wird.

Einige Gemeinden im IV. Wierl. S.-Bezirk zeichnen sich in dieser Hinsicht allerdings durch grosse Eifrigkeit aus, auch vielfach unnütze, um eventuell den Arzt unentgeltig zu erlangen; die meisten verhalten sich dagegen sehr nachlässig und entschuldigen sich durch Unkenntnis der Fälle. Bei den Höfen kommt dieses in Fortfall, da ich schon als praktischer Arzt in den meisten Krankheitsfällen hinzugezogen werde.

Da als erste Bedingung für eine erfolgreiche Bekämpfung einer epidemisch auftretenden Krankheit gelten muss, dass diese frühzeitig festgestellt wird, so müsste das Gesetz von der Meldepflicht der Gemeinde- und Gutspolizei in der Hinsicht ergänzt werden, dass jeder Infectionsverdächtige Fall in erster Linie und in kürzester Zeit an den Landarzt gemeldet werden müsste. Durch Zwangsisolierung ist man augenblicklich nicht im Stande, viel zu erreichen, da auf dem Lande keine Isolierhäuser zur Verfügung stehen und eine vollkommene häusliche Isolierung Infectionskranker wegen ungenügender Wohnungsverhältnisse der Landbevölkerung in den seltensten Fällen ausführbar ist. Ausserdem üben die Vertreter der Guts- und Gemeindepolizei fast nie eine factische Controlle aus, dass die Isolierung eingehalten wird. Ein energisches Eingreifen von Seiten des Landarztes kann zur Folge haben, dass die Infectionskranken vor ihm auch als practischem Arzt verheimlicht werden, wie z. B. das Verbot einer grösseren Feier mit Ansammlung von Menschen bei der Einsargung von Infectionsleichen, was häufig stattfindet und das einer in der Kirche stattzufindenden Einsegnung derselben, wovon sich die Landbevölkerung in solchen Fällen nicht freimachen kann.

In Folge dieser Missverhältnisse muss der Landarzt immer noch auf eine Belehrung das grössere Gewicht legen und nur im schlimmsten Falle Zwangsmassregeln ergreifen lassen. Ein weiterer wichtiger Punkt wäre die Desinfectionsfrage. Eine regelrecht durchgeführte Desinfection hat bis jetzt weder im IV. Wierland. S.-Bezirk noch, glaube ich, in vielen anderen Bezirken stattgefunden wegen Mangels an ausgebildetem Personal und einheitlicher Methode, und diese Frage müsste noch durchaus eine weitere Ausarbeitung erfahren. Nur bei Berücksichtigung aller obengenannten Momente würde es dem Landarzt möglich sein, Einfluss auf den Verlauf von Epidemien zu haben.

Die Vereinigung der Tätigkeit des Sanitäts- und praktischen Arztes hat vieles Gute für sich, da der Landschaftsarzt dabei leichter Fühlung mit der Bevölkerung erhält und vielfach seiner Pflicht in solchen Fällen nachkommen kann, wo er als practischer Arzt consultiert wird, und es sich erweist, dass er es mit Infectionskrankheiten zu tun hat. Andererseits kommt man häufig als Landarzt und wird dabei auch als praktischer Arzt consultiert in Fällen, wo sich der Patient bis dahin abwartend verhielt. Es folgt daraus, dass der Landarzt durch seine Tätigkeit als Sanitätsarzt durchaus mehr Fühlung mit der Bevölkerung gewonnen hat und noch mehr gewinnnen kann, falls er sich der Bevölkerung gegenüber entgegenkommend verhält. Eine Seltenheit ist es bisher gewesen, dass Privatpersonen aus der Landbevölkerung sich direkt an den Landarzt wenden, seinen Rat heischend in sanitären Fragen; aber diese Seltenheit wird immer häufiger.

Was das Verhältnis der Gemeindeverwaltungen und Polizeiorgane zur Tätigkeit des Landarztes anbetrifft, so kann ich sagen, dass die Gemeindeverwaltungen sich allmählich zur Gewohnheit machen, den Landschaftsarzt in sanitären Sachen um Rat zu fragen, und dass ich von Seiten der Polizei immer Entgegenkommen und Unterstützung gefunden habe, aber auch häufig die Auffassung, dass der Landarzt auch die Obliegenheit des Polizei- resp. Kreisarztes zu erfüllen habe, z. B. in Gutachten bei Verwundungen etc. Dieser Auffassung müsste entgegengearbeitet werden.

Als letzten Punkt möchte ich noch erwähnen der Berichterstattung an die Landessanitätscommission. Im Anfang meiner Anstellung erschienen mir die der Beantwortung unterliegenden Fragen in den Berichterstattungsformularen viel zu detailliert und nicht den factischen Verhältnissen auf dem Lande entsprechend; die Beantwortung derselben als ein zeitraubender Bureaukratismus. In demselben Sinne äusserten sich auch benachbarte Collegen. Als ich mich aber mehr einarbeitete, da kam ich zur Einsicht, dass die Berichterstattungsformulare die Arbeit erleichtern in dem Sinne, dass der Landarzt wie z. B. bei den Schulrevisionen der hauptsächlichsten Momente, die für ihn in Betracht kommen, als Massstab vor den Augen hat. Obwohl für das Erste viele der vorgelegten Fragen in ungünstigem Sinne beantwortet werden müssen, so hat man jedenfalls ein erstrebenswertes Ziel. In Folge dessen kann ich bestätigen, dass die Berichterstattung durchaus notwendig und auch der Modus derselben annehmbar ist.

Nach allem gesagten möchte ich noch in Kürze folgendes resümieren.

Die Einführung der Sanitätsreform hat einem auf dem flachen Lande stark empfundenen Bedürfnis entsprochen, da das Sanitätswesen bis dahin auf einem recht niedrigen Niveau stand. Einen günstigen Einfluss der Sanitätsreform kann man in den meisten der oben angeführten Punkte constatieren, wenn auch nicht für das Erste in dem Mass, wie man es vielleicht erwarten konnte. Das Letztere ist bedingt durch die verhältnissmässig kurze Dauer des Bestehens der Reform, denn richtige Anschauungen dringen meistens nur allmählich durch und durch Misstände, die mit der Zeit abgeändert werden können, weswegen man noch bessere Resultate zu erwarten hat.

12. Dr. Treu-Simonis: «Ein Jahr Landpraxis in Estland nach Einführung der Sanitätsreform». (Correferat).

Meine Herren! Durch die in Estland schon seit Jahr und Tag bestehende Organisation des Sanitätswesens auf dem Lande hat die Estländische Ritter- und Landschaft ein Problem mit kraftvollem, zielbewusstem Entschluss einfach gelöst, ein Problem, das die Vertretungen der baltischen Schwesterprovinzen schon seit Jahrzehnten beschäftigt, das vom Livländischen Aerztetage während seines zwanzigjährigen Bestehens immer wieder bearbeitet worden ist, ohne bisher zu einer Verwirklichung dieser hochwichtigen culturellen Wohleinrichtung geführt zu haben.

Da hat nun Estland durch die Tat gezeigt, auf welchem Wege eine Lösung des Problems schnell und sicher erreicht werden kann: Nach Aufstellung einiger Directiven mehr allgemeiner Natur, wird eine bestimmte Summe Geldes, die nach annähernder Schätzung den Bedürfnissen einstweilen genügen müsste, bewilligt. Die Verwendung dieser Summe, sowie die Ausarbeitung und Ausgestaltung aller Detailfragen wird einer Commission übertragen, in welcher sachverständige Glieder der Aerzteschaft in Ausschlag gebender Weise vertreten sind.

Dass die Estländische Ritterschaft die Betretung dieses als richtig erkannten Weges trotz der Ungunst der Zeitverhält-

nisse für möglich befunden hat, gereicht ihr zu unvergänglichem Ruhme. Denn wirtschaftlich und politisch schwerere Zeiten als die Jahre 1905 und 1906, in welchen gerade die practische Durchführung der Sanitätsreform in Estland bewerkstelligt worden ist, sind kaum denkbar. Aber gerade in solchen Zeiten gewinnt eine derartige Culturarbeit im Sinne der Humanität eine ganz besondere Bedeutung, denn sie kann wesentlich dazu beitragen, denjenigen Elementen, welchen bisher ausschliesslich die Landesvertetung obgelegen hat, die von den Vätern ererbte Position im Lande zu erhalten, respective wieder zu erobern.

Wenn ich es nun unternehme, Ihnen, m. H., über meine Erlebnisse in der Praxis als Land- und Sanitätsarzt in Estland im Laufe eines Jahres — vom September 1906 bis zum September 1907 — in Kürze zu berichten, so geschieht das nicht, um Ihnen eine Fülle interessanten wissenschaftlichen Materials vorzulegen. Gewiss sehen und beobachten wir Landärzte gelegentlich eine Reihe medicinisch interessanter Fälle, doch fehlt uns in der Regel leider die Zeit und auch sonst die Möglichkeit, diese Fälle wissenschaftlich zu verarbeiten und den Verlauf einer Krankheit in klinisch exacter Weise zu beobachten. — Ich will dagegen vorwiegend über Erlebnisse referieren, welche dazu angetan sind, uns zu zeigen, in welcher Beziehung das Sanitätswesen auf dem Lande noch einer weiteren Ausgestaltung und Vervollkommnung bedarf.

Der Schwerpunkt unserer sanitätsärztlichen Tätigkeit liegt meiner Ansicht nach auf dem Gebiete der Epidemienbekämpfung. Speciell in Bezug auf die Schulhygieine müssen wir jetzt, nachdem der Localstatus der Schulen aufgenommen ist, unser Hauptaugenmerk darauf richten, dass durch die Schule nicht der Ausbreitung einer acuten oder chronischen Infectionskrankheit Vorschub geleistet wird. — In dieser Hinsicht nun habe ich in meinem Bezirk im verflossenen Jahr einige in hohem Grade lehrreiche Erfahrungen gemacht, die dringend dazu auffordern, durch zweckentsprechende Massnahmen derartige Vorkommnisse in der Zukunft unmöglich zu machen.

Nachdem ich von Anfang September bis Mitte October v. J. nur einen ganz vereinzelten Scharlachfall in einer sehr abgelegenen Gegend beobachtet hatte, erkrankte gleich in den ersten Tagen der Confirmandenlehre (d. 17. October 1906) einer von den Jungen an schwerem Scharlach. Ich erfuhr von dieser Erkrankung erst am 21. October, als ich vom Vater des Kranken zu diesem abgeholt wurde, nachdem er am Tage vorher von Simonis nach Hause transportiert worden war. Der Kranke hatte also mit einem schwer infectiösen Scharlach mit Diphtheria scarlatinosa mitten unter seinen Mitschülern im allgemeinen, relativ engen und schmutzigen Schlafzimmer 3 Tage und Nächte lang auf der Diele gelegen, obgleich dank den Bemühungen meines geehrten Vorgängers im Confirmandenhause ein Isolierzimmer existiert. Zu Hause war der Patient am 22. October von seinem auf einem Nachbargute lebenden älteren Bruder besucht worden. Dieser erkrankte am 24, wurde von mir am 25. untersucht, am 26. October nach Hause transportiert und starb am selben Abend.

Der zuerst erkrankte Bruder starb 3 Tage später.

Nun trat eine Pause in den Erkrankungen ein, so dass ich schon hoffte, die Sache würde keine weiteren Folgen mehr haben. Da — am 5. November — constatierte ich bei einem Confirmanden, der sich schon 3 Tage vorher krank gefühlt hatte, Scharlach. Er wurde im Isolierzimmer untergebracht und hier von seinen Angehörigen bis zur Genesung verpflegt. Wie ich aber später erfuhr, wurde das «Isolierzimmer», trotzdem nach wie vor vom Schulmeister, der die Lehrkinder zu beaufsichtigen hat, als Speisekammer und Esszimmer benutzt, während er die übrige Zeit mitten unter den gesunden Kindern verbrachte.

Am 12. November — am Tage der Confirmation — wurde ich nach Rakke zu einem am 10. aus der Confirmandenlehre krank nach Hause gebrachten Jungen, O. J., abgeholt. Pat. moribund, stirbt in derselben Nacht. — 14. Nov. werde ich in ein anderes Dorf abgeholt: Pat., der am 12. in der Kirche mit allen übrigen confirmiert worden war, hat Scharlach mit hochgradiger Angina, wenig Ausschlag, war schon 2 Tage vor der Confirmation krank. — Pat. erzählt mir von einem Kammeraden aus Rakke, F. W., der ungefähr am 6. Nov. in der Lehre erkrankt, am 8. nach Hause gebracht und am 10. gestorben war. — Nun verbreitete sich die Epidemie an verschiedenen Stellen des Kirchspiels, wobei besonders die Angehörigen der beiden aus Rakke stammenden Confirmanden, die selbst der Krankheit zum Opfer gefallen waren, mitgenommen wurden. So war der zuerst genannte O. J. am 12. Nov. gestorben, seine 5-jährige Schwester erkrankte am 12. starb am 15. Nov. Am 19. wurden beide Geschwister beerdigt. Dazu ist ein 30-jähriger Bruder der Mutter aus Livland gekommen. Dieser erkrankt am 19. Abends und stirbt am 23. Nov. Am 28. Nov. finde ich eine 8-jährige Schwester des O. J. mit stark geschwollenen Lymphdrüsen am Halse, die ich en passant aufschneiden konnte, und einen 6-jährigen Bruder mit leichter Scharlachnephritis. Diese beiden Kranken genasen. — Unter den Angehörigen des zweiten oben erwähnten Confirmanden aus Rakke, F. W., wütete der Scharlach noch schlimmer. Er selbst war also am 10. Nov. gestorben, am 20. Nov. erkrankte seine 15-jährige, am 24. seine 12jährige Schwester; beide starben am 26. Am 28. Nov. fand ich die Mutter und die übrig gebliebenen 5 Geschwister von 2—19 Jahren sämtlich am Scharlach darniederliegen. Dabei eine elende, lichtlose, rauchige Hütte, in der allein der alte Vater noch auf den Beinen ist und wie gebrochen, in stumpfer Verzweiflung von einem Kranken zum anderen geht und ihnen die notwendigsten Handreichungen macht.

Durch meinen Nachbarcollegen, Dr. Utt aus Klein-Marien, hörte ich ferner, dass auf einem Gute seines Bezirks ein in Simonis confirmierter Jüngling in Arbeit ist, der deutlich schelferte. Auf demselben Gute erkrankten in der Folge einige Kinder am Scharlach. Von da aus breitete sich die Epidemie im Kl.-Marienschen Kirchspiel immer mehr aus, so dass im Frühjahr 1907 die dortige Parochialschule zeitweilig geschlossen werden musste. Die Tochter eines Wirts aus meinem Bezirk, welche diese Schule besuchte und dort leicht am Scharlach erkrankt war, wurde als Reconvalescentin nach Hause gebracht wo nachher alle ihre Geschwister am Scharlach erkrankten und eines davon starb. Im selben Dorf erkrankten im Laufe des letzten Sommers noch in 4 anderen Häusern die meist sehr zahlreichen, z. T. schon erwachsenen Kinder.

So sehen wir also, wie die letzte Scharlachepidemie hauptsächlich durch die Schule, speciell durch die Confirmandenlehre in Simonis im Herbst 1906 verbreitet, von Simonis nach Klein-Marien und von dort wieder zurück nach Simonis verschleppt worden ist.

Nun fragt es sich: was können wir gegen eine derartige Ausbreitung einer Infectionskrankheit, die sich gewissermassen vor unseren Augen vollzieht, tun?—Ich möchte zu dem Zweck die folgenden Massnahmen empfehlen: 1) die Landes-Sanitätscommission trägt den Sanitätsärzten die sanitäre Beaufsichtigung auch der zweimal jährlich stattfindenden Confirmandenlehren ausdrücklich auf. Der Schlüssel zu einem etwa vorhandenen Isolierzimmers gehört in die Tasche des Arztes. Der die Aufsicht über die Confirmanden führende Schulmeister muss sich vom Arzt genau instruieren lassen über die Art, wie er den Gesundheitszustand seiner Schutzbefohlenen (mittelst des Thermometers) zu controllieren und jeden Erkrankungsfall dem Arzte und Pastor unvorzüglich zu melden hat. 2) Die Anzeigepflicht bei acuten Infectionskrankheiten muss strengstens beobachtet werden. Jeder Hauswater muss jeden Erkrangunksfall der Gemeindeverwaltung und diese wieder dem Arzte unverzüglich mitteilen. Wird so ein Fall einer acuten Infectionskrankheit aus einem Orte gemeldet, an welchem in letzter Zeit die betreffende Krankheit nicht beobachtet worden ist, so muss der Sanitätsarzt als solcher, also ohne Extra-Honorar, hinfahren, um den Fall sicher zu constatieren und Massregeln zu treffen. 3) Es ist zu wünschen, dass der Arzt die Möglichkeit hat, nötigenfalls die Desinfection eines Raumes oder diverser Gegenstände auf öffentliche Kosten anzuordnen, wo der betroffene Hauswirt wegen Mittellosigkeit oder Renitenz eine Desinfection unterlässt *). 4) Bei Beginn der Schulsaison muss der Arzt den Schullehrern mitteilen, in welchen Häusern des zu ihrem Rayon gehörigen Dorfes oder Gebietes Infectionskrankheiten vorgekommen sind; aus diesen Häusern dürfen keine Kinder zum Schulunterricht zugelassen werden, bevor die Quarantaine aufgehoben und eine Desinfection vorgenommen worden ist. 5) Endlich ist es als notwendig zu bezeichnen, dass der Arzt zu allen Conventen und sonstigen Versammlungen, auf welchen sanitäre Angelegenheiten zur Sprache kommen, mit beratender Stimme hinzugezogen wird.

Bei der Bekämpfung der chronischen Infectionskrankheiten, wie Lepra, Lues, Tuberculose und Trachom, werden wir Landärzte im Allgemeinen wenig mitwirken können. Und doch können wir bei Gelegenheit vielleicht, wenn wir z. B. einen Volksschullehrer an einer dieser Krankheiten leiden sehen, unseren Einfluss dahin geltend machen, dass er entweder vorsichtig ist, oder aber womöglich seinen Beruf wechselt. Dabei kann uns z. B. die Lues unter Umständen in einen schweren Gewissensconflict bringen, aus dem wir uns nur mit Hülfe einiger Diplomatie werden retten können.

Das Impfwesen ist bei uns im Ganzen gut organisiert. Der Impfer, ein intelligenter Mann, hält bei Gelegenheit seiner Fahrten in die Dörfer beim Impfen der Kinder den versammelten Müttern hygienisch aufklärende Vorträge. Ich möchte hier nur vorschlagen, dass in die Impfbücher alle zum betreffenden Termin der Impfung unterliegenden Kinder namentlich eingetragen werden und nicht nur die tatsächlich geimpften. Bei den Namen der nicht Erschienenen wäre

*) Diese Möglichkeit ist, wie ich höre, gegeben.

ein Vermerk über die Ursache des Nichterscheinens zu machen. Auf diese Art würde auch der Arzt erfahren, welche Eltern ihre Kinder principiell der Impfung entziehen, und könnte dann geeignete Schritte unternehmen.

Eine nachahmenswerte Einrichtung ist bei uns in Simonis schon längere Zeit im Gebrauch, nämlich die, dass möglichst alle Confirmanden und Confirmandinnen während der Lehrzeit revacciniert werden. Auf diese Weise wird, da bei uns fast nur Lutheraner existieren, mit der Zeit das ganze Kirchspiel in einer Altersstufe revacciniert, in der sonst eine Erkrankung leicht möglich wäre. — Für gewöhnliche Zeiten, in welchen keine Pockenepidemie in Sicht ist, dürfte dieses genügen, wenn es überall eingeführt und consequent geübt wird.

Das Hebammenwesen entwickelt sich bei uns merkwürdig langsam. Das heisst, wir haben eine tüchtige, ordentlich und sauber arbeitende Hebamme, doch hat sie, besonders unter dem einfachsten Landvolk, unverhältnissmässig wenig zu tun. Im Simonis'schen Kirchspiel werden jährlich c. 400 Kinder geboren. Dabei ist die Kirchspielshebamme nur 29 Mal und ich bin ohne sie nur 4 Mal im Laufe des einen Jahres geburtshilflich in Action getreten. Dabei haben wir beide nicht viel Nennenswertes erlebt. Nur eine schwere Eklampsie, bei der ich nach c. 10-stündigem Chloroformieren mittelst der Zange entband; ausserdem 5 Mal Zangengeburten teils wegen Wehenschwäche, teils wegen tiefen Querstands (einmal Stirnlage), — und 3 Mal Steissgeburten. — Auch Wochenbetterkrankungen scheinen nicht häufig zu sein. Jedenfalls ist mir kein Fall von septischer Peritonitis bekannt und zu puerperaler Parametritis bin ich nur 2 Mal gerufen worden. — Es scheint demnach 1), dass das estnische Weib besonders günstige Beckenverhältnisse aufweist und 2) dass die alte, brave Dorfhebamme immer noch, und zwar, wie es scheint, nicht überall mit Unrecht, — in hohen Ehren steht.

Und nun komme ich zum wundesten Punkt meiner Praxis: ich meine den Mangel einer wenn auch noch so kleinen und primitiven Ambulanzstation. So mancher Fall medicinischer Vernachlässigung, wie ich ihn im verflossenen Jahr gesehen und erlebt habe, ist auf diesen Mangel zurückzuführen! — Manche kleine Operation, meist Eröffnung eines Abscesses, habe ich ja gemacht; manche grössere oder kleinere Verletzung habe ich geflickt, einmal sogar eine arteria radialis unterbunden. Fast immer aber habe ich mich eines etwas ungemütlichen Gefühles nicht erwehren können, wenn ich den Kranken gleich nachher auf seinem Stückerwagen heimwärts fahren sah! — Und nun erst die vielen Fälle, die ich in die Stadt schicken musste, während ich sie bequem selbst hätte behandeln können, wenn ich die Kranken in meiner Nähe hätte behalten können.

Kürzlich noch erlebte ich einen sehr instructiven Fall: Mitten in der Nacht wird ein bei einer Prügelei Verletzter betrunken und fast verblutet zu mir gebracht. — Messerstich im Rücken, Pleurasack eröffnet, Lunge verletzt. — Nachdem ich ihn geflickt hatte, erklärt der Kranke, dass er sich vor Müdigkeit, Schmerzen und Entkräftung nicht vom Fleck rühren kann. Alle Versuche, ihn auf dem Hofe bei einem Arbeiter zu placieren, schlugen fehl. Mir blieb nichts anderes übrig, als dem Manne meinen Pelz auf die Diele meines Schreibzimmers zu breiten und ihn dort gegen 24 Stunden liegen zu lassen und zu verpflegen, bis er unter grossen Umständen und Schmerzen nach Dorpat transportiert wurde. — Solche und ähnliche Fälle werden immer wieder vorkommen, wenn wir nicht in der nächsten Nähe des Doctorats wenigstens ein Zimmer mit einigen Betten haben, wo wir nötigenfalls einen solchen Kranken unterbringen können, Zur Pflege wird man von Fall zu Fall jemanden annehmen oder einen Angehörigen des Kranken heranziehen können, solange noch nicht eine ständige, geschulte Pflegerin angestellt werden kann.

Zum Schluss möchte ich noch eine Frage streifen, die gar nichts mit der Medicin zu tun und doch für uns Landärzte eine grosse actuelle Bedeutung hat. Ich meine die Equipagenfrage. — Ich bin im Laufe des Berichtsjahres 262 Mal vom Hause ausgefahren, habe auf diesen 262 Fahrten an 496 verschiedenen Orten Kranke empfangen resp. besucht und dabei bin ich im Ganzen 6029 Werst gefahren. — Krankenuntersuchungen habe ich auf Fahrten 662, in der (2 Mal wöchentlichen) Ambulanz zu Simonis 586 und in der Ambulanz bei mir zu Hause nur 170, also in Summa 1418 gemacht. — Sie sehen, m. H., einen wie breiten Raum die Fahrten bei unserer Berufstätigkeit einnehmen, so dass die meist viel dankbarere und interessantere Ambulanz zu Hause darunter leidet. — Nun fragt es sich: wie fahren wir am besten? — Bei der gegenwärtigen Verbreitung des Telephons wäre es unpractisch, wenn der Arzt immer nur von den Patienten abgeholt werden müsste. Dabei geht viel Zeit — durch das Nachschicken — und Pferdekraft — durch das Wiederzurückschicken des Arztes — verloren.

Der Arzt muss also selbst Equipage halten, oder es wird ihm eine Mietequipage auf dem Hof zu freier Verfügung und zu allen Krankenfahrten gehalten. — Ich habe fast alle Krankenfahrten des verflossenen Jahres, also rund 6000 Werst, mit eigenen Pferden abgemacht. Dabei wären aber meine 3 Pferde schon eines elendigen Todes gestorben, wenn ich nicht — zunächst bei Schlittenbahn — angefangen hätte, einspännig und dann meist ohne Kutscher zu fahren. Im Frühjahr schaffte ich mir einen zweirädrigen Hickory-Rennwagen an, mit dem ich seitdem bei jedem Weg und Wetter einspännig und ohne Kutscher gefahren bin. Kleinere Strecken habe ich gelegentlich auch zu Pferde abgemacht. — Nur dank diesem Arrangement bin ich mit meinen Pferden bis jetzt ausgekommen, ohne sie wesentlich überanstrengen zu müssen.

Ob wir in absehbarer Zeit dazu kommen werden, unsere Amtsfahrten, wie die Landärzte Deutschlands es schon vielfach tun, im Automobil abzumachen, weiss ich nicht, doch ich hoffe es. Denn sicher könnten wir dann in medicinischer Beziehung — bei demselben Zeit- und Kraftaufwand — mindestens das doppelte von dem leisten, was wir jetzt leisten können.

Meine Herren! Die in Estland eingeführte Sanitätsreform hat ausser ihrer allgemeinen Bedeutung für das Land und seine Bewohner — auch eine specielle für uns Aerzte, indem sie unsere sociale Stellung zu heben und die «Misère» des landärztlichen «Métiers» zu bessern geeignet ist. — Uns liegt es nunmehr ob, mitzuarbeiten bei der Verwirklichung der humanen Ideen und Bestrebungen, von denen die Initiatoren der Sanitätsreform sich haben leiten lassen, indem wir — jeder an seinem Platze — mit Eifer und Gewissenhaftigkeit unsere Aufgaben erfüllen, getragen von dem Geiste der Humanität und geleitet von den Grundsätzen strenger beruflicher Honorigkeit. — So werden auch wir das Unserige beitragen — einerseits zur Hebung unseres Standes, andererseits zur allmählichen Besserung der sanitären Verhältnisse auf dem Lande, somit zur Hebung der Volksgesundheit und zur Förderung der allgemeinen Volkswohlfahrt.

Discussion: Der Präses bemerkt zum Vortrage von Dr. Loekenberg, dass schon jetzt die Estländische Ritter- und Landschaft die Kosten für die Desinfectionen trägt und fragt an, ob die Impfschnurbücher nach dem neuen Muster richtig sind, worauf eine bejahende Antwort erfolgt.

Nach Ansicht von Dr. Lockenberg ist eine Impfcontrolle nun gut durchführbar, die Merkblätter haben guten Absatz gefunden und sind zweckentsprechend verfasst.

Dr. Luig-Kunda: Bei der jetzt geltenden Methode der Registrierung der impfpflichtigen Kinder ist nicht Rücksicht genommen worden auf die Kinder, welche vor der Impfung in den Bezirk eingewandert sind. Ihre Namen finden sich nicht auf den Listen der Pastoren und Gutsverwaltungen. Diese Lücke kann ausgefüllt werden dadurch, dass den Dorfältesten (Külmnike) befohlen wird, in den ihrer Aufsicht unterstellten Häusern die etwa zugewanderten, ungeimpften Kinder zu notieren und diese Notizen rechtzeitig der Gemeindeverwaltung einzuliefern. Eine dahin gehende Bestimmung fehlt im Impfreglement.

Dr. Sadikoff-Talsen: Der Modus, den der College Luig proponiert, ist jedenfalls durchaus empfehlenswert. Ich habe mit Hilfe des lokalen Commissars diesen Modus schon ca. 12 Jahre in Anwendung, indem mir als Kreisarzt die Gemeindeverwaltungen nach Georgi jeden Jahres Listen verstellen müssen aller in der Gemeinde augenblicklich befindlichen Kinder, die der Impfung und Revaccination unterliegen. Nach dem Umzuge der Knechte zu Georgi haben die Gemeindebeamten jedes Gesinde etc. abzusuchen und jeden, der der Impfung unterliegt, zu notieren auf der Liste, welche der Impfer erhält und nach der er impft. Der Erfolg ist ein so guter, dass Pocken im Kreise fast garnicht mehr vorkommen.

Dr. v. Zur-Mühlen-Johannis: In Bezug auf die Vornahme der Revaccination, die College Treu während der Lehrzeit ausführen lässt, möchte ich bemerken, dass mir dieser Zeitpunkt etwas spät gewählt und ein anderer Modus empfehlenswerter erscheint. Auf Anregung von Dr. Waldner-M.-Magdalenen haben wir Collegen in einen Teil von Jerwen (Petri, Ampel, M.-Magdalenen, Johannis), die Anordnung getroffen, dass nur revaccinierte Kinder zum Schulbesuch zugelassen werden. Vom Impfer erhalten sie bei der Revaccination ein Zeugniss, das vom Schulmeister bis zur Revision durch den Landschaftsarzt aufbewahrt werden muss. In diesem, dem ersten Jahre haben wir den ungeimpften Kindern eine Frist von 14 Tagen bewilligt, während der die Revaccination vorgenommen werden musste, widrigenfalls sie ausgeschlossen würden. Dr. Normann-Dago-Selja: College Lockenberg behauptet, dass es in Estland eine geordnete Armenpflege nicht gäbe. Auch ich habe früher dieses geglaubt, bis ich bei näherer Bekanntschaft mit den örtlichen Verhältnissen in Dago fand, dass es in dieser Hinsicht durchaus nicht so schlimm steht. Naturgemäss muss bei den beschränkten Mitteln einer Landgemeinde die Armenfürsorge auf dem Lande ein ganz anderes Bild gewähren wie in der Stadt. Es muss aber hervorgehoben werden, dass der von den Gemeinden eingeschla-

gene Weg in der Tat der zweckentsprechendste und billigste ist. Die bei uns übliche Armenpflege lehnt sich im Princip eng an das sogenannte Elberfelder-System an. Es ist das System des Eingehens auf den einzelnen Fall also das Princip des Individualisierens. Die zugewiesene Unterstützung beschränkt sich nur auf Gewährung des zum Unterhalt unbedingt notwendigen, und der arbeitsfähige Arme ist verpflichtet, ihm angemessene Arbeit zu verrichten. Die Armen erhalten von Seiten der Gemeinde eine Unterstützung in Form von Korn, Geld und freiem Quartier. Sie wohnen bei Verwandten, Bekannten oder werden bei bessersituierten ehrenwerten Gemeindegliedern einquartiert. Ein Herumschicken der Armen von Gesinde zu Gesinde findet nur ausnahmsweise — wenigstens in Dago — bei unliebsamen Personen statt. Die Aufsicht über die Armen und deren Verpflegung führen die Gemeindeältesten und die vom Pastor ernannten Armenpfleger. Gleichzeitig neben dieser von der Bauerngemeinde ausgeübten Armenpflege erhält wohl eine grosse Zahl Armer von seiten der Kirche eine Unterstützung, welche c. 50—250 Rbl. in Summa beträgt und unter 30—50 Arme in monatlichen Kornraten verteilt wird. Ein Armenhaus haben wir in Dago nicht, und ich glaube, dass der bei uns übliche Modus in vieler Beziehung vorzuziehen ist. Nur in Bezug auf die ärztliche Versorgung der Armen, namentlich der psychischen Kranken, lässt die Armenpflege noch viel zu wünschen übrig, doch wird in dieser Hinsicht die einzelne Gemeinde kaum etwas Brauchbares zu Wege bringen können. Wie aus den von mir gesammelten Daten hervorgeht, wird fast $^1/_3$ der gesammten Gemeindeabgaben (c. 600—700 Rbl.) zu Unterstützungen verwandt. Hierzu kommt noch eine Summe von c. 100 Rbl. für unvorhergesehene Ausgaben (für Hospitalsbehandlung z. B.) und die vom Pastor gewährte Unterstützung. Die Landschaftsärzte sollten sich mit dem Armenwesen möglichst vertraut machen und sie könnten dann gewiss manches an Verbesserung erreichen.

13. An Stelle von Dr. Kusick-Reval erstattet Dr. Haller den Bericht der Commission zur Gründung eines Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Estland.

M. H. Im Auftrage des Collegen Kusick habe ich Ihnen folgendes mitzuteilen: der 3. Estländische Aerztetag beauftragte die Commission in Sachen des Tuberkulose-Vereins die Statuten einer Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in Estland auszuarbeiten und mit einer Interessentengruppe zwecks Gründung dieser Gesellschaft in Verbindung zu treten.

Die Commission hat in Anlehnung an die Statuten des bestehenden Vereins für die 3 Ostseeprovinzen die Satzungen einer estländischen Gesellschaft ausgearbeitet; diese sind von einer zahlreich besuchten Interessentenversammlung mit geringen Aenderungen gebilligt worden, und die Gesellschaft hat sich am 9. Nov. a. c. vorläufig constituiert. Die Statuten werden demnächst zur Registrierung vorgestellt werden, und wir werden und hoffen, mit dem Beginn des neuen Jahres unsere Arbeit beginnen zu können.

1. Dr. Haller-Reval: Bericht über den 14. internationalen Congress für Hygiene und Demographie. (Der Vortrag erscheint in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

2. Der Vortrag von Dr. v. Kieseritzky-Dorpat fiel aus.

3. Dr. Blacher-Reval: Ueber die bakteriologische Diagnose bei Ileotyphus. (Der Vortrag ist in der St. Petersburger Med. Wochenschrift erschienen).

Prof. Dr. Dehio-Dorpat: Der Kampf des Organismus mit den Infectionskrankheiten. (Der Vortrag wird im Druck erscheinen).

5. Dr. Hirscherg-Riga: Physikalische Behandlung der Hautkrankheiten. (Der Vortrag wird im Druck erscheinen).

(Schluss der II. Sitzung).

Auszug aus den Protokollen der medizinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 26. October und 9. November.

Vorsitzender: Meyer, Schriftführer: Russow.

1. Herr Terrepson hält an zwei Sitzungstagen seinen Vortrag über die Motilität, den Harndrang und die Innervation der Blase.

Es gelangen zur Besprechung die Theorien der Motilitätsverhältnisse 1) die Detrusortheorie, 2) die Bauchpressentheorie, 3) die Theorie der spontanen Eröffnung des Sphincter vesicae internus, welche letztere die meiste Wahrscheinlichkeit für sich hat, wie das besonders durch die Versuche von Rehfisch hervorgeht, der durch eine sinnreiche Vorrichtung sowohl den Druck des Detrusor wie auch den des neben dem Katheter abströmenden Harnes durch selbstregistrirende Apparate mass und fand, dass die Drucke nicht proportional waren, sondern der Sphinkter sich zu beliebiger Zeit öffnen konnte, wobei der Moment der Blasenentleerung nicht mit der höchsten Detrusorcontraction zusammenfiel. Von Interesse ist noch ein zweiter Versuch von Rehfisch, wo ein Individuum im Stande war, seinen Blaseninhalt zu entleeren oder auf Befehl zurückzuhalten, trotzdem der dicke, eingeführte Katheter die Auxiliärmuskulatur des Dammes nicht zur Geltung kommen liess.

Weiter gelangen die 3 Theorien des Harndranges zur Besprechung. 1) die Auslösung des Harndranges durch in die pars prostatica eintretenden Urin, 2) die Dehnungstheorie und 3) die Contractionstheorie. Den Schluss des Vortrages bilden die Innervationsverhältnisse der Blase, die Leitungsbahnen des Rückenmarkes und die corticalen Centren, wobei besonders an die Selbststeuerung der Blase durch die sympathischen Ganglien (subspinale Centren) gedacht wird (Versuch von Goltz und Ewald, v. Frank-Hochwart, Fröhlich und Wlassow). Die anatomischen Verhältnisse, die Innervation und der Rehfisch'sche Versuch werden an Zeichnungen demonstriert.

(Autoreferat).

In der Discussion am 26. Oct. fragt Meyer, ob bei dem Versuch von Rehfisch beim Liegen des Katheters in der Harnröhre ein vollkommen normales Functionieren der in Betracht kommenden Teile, speciell des Sphinkters, zu erwarten ist?

Terrepson: Die Verhältnisse des Experimentes lassen Reizungen nicht ausgeschlossen erscheinen, die zu einer früheren als der normalen Entleerung führen. Wenn Reizlosigkeit angenommen werden kann, so hätten wir das interessante Phaenomen, dass der Sphincter internus (der aus glatten Muskelfasern besteht) nach Einschaltung eines starken Katheters, bei Ausschluss der Auxiliärmuskulatur des Dammes, doch noch imstande ist, sich nach Wunsch des Individuums zu öffnen oder zu schliessen.

Bei der Fortsetzung der Discussion am 9. Nov. fragt Russow, ob die neueren Erkenntnisse über die Lage der verschiedenen Nervencentren zur Herstellung eines Schemas benutzt worden sind. Die bisherigen Schemata genügen nicht um alle vorkommenden Erscheinungen bei Rückenmarkerkrankungen zu erklären.

Terrepson: Soweit mir bekannt, noch nicht.

Dehio erläutert mit einer Skizze das bisher übliche Schema und zeigt, wie dasselbe durch die jetzt neu berichteten Tatsachen erweitert werden könnte.

Meyer ist geneigt, dem Anfangsteil der Harnröhre bei Auslösung des Harndranges eine wichtige Rolle zuzuschreiben. Bei Frauen kommen häufig Erkrankungen vor, die vermehrten Harndrang hervorrufen. Wenn hier cystoskopisch untersucht wird, so findet man gewöhnlich nur mehr oder weniger heftige Reizzustände oder entzündliche Vorgänge in der Gegend des Blasenhalses. Eine Behandlung dieses Teiles — z. B. durch Höllensteininstillationen — genügt, um in kürzester Frist Heilung und Continenz zu erreichen. Bei Männern kommt gelegentlich folgendes zur Beobachtung: es tritt unwiderstehlich heftiger Harndrang bei Anfüllung der Blase ein; unter intensiver Anstrengung des Willens gelingt es, den Harn zurückzuhalten; dabei geht aber nach Ueberwindung des plötzlichen Harndranges eine kleine Urinportion ab. Meyer nimmt an, dass diese kleine Menge in einem Moment, wo der Wille nachliess, in den Anfangsteil der Harnröhre eindrang, gerade diese hier befindliche Harnportion erzeugt den Reiz und den Harndrang, geht sie aber ab, ohne dass sich der inzwischen wieder contrahierte Sphinkter öffnet, so tritt aufs Neue die Möglichkeit der Continenz ein. Bei Frauen ist, analog den Verhältnissen in der pars prostat. der Männer, nicht nur der eigentliche Sphinkter beteiligt bei dem Abschlusse der Blase. Bei irreparablen Laesionen des Sphinkters (operierte Harnfisteln) ist die Continenz durch Funktionieren anderer Teile der Urethra oft erhalten.

Masing: Der Vortragende erklärte, wenn ich richtig verstanden habe, dass die Innervation der Blase auch unabhängig vom Rückenmark zustande kommt, wenn nur die Verbindung mit dem sympathischen Ganglium mesentericum inferius gewahrt ist. Wie erklärt sich unter solchen Umständen, dass bei Rückenmarkerkrankungen Blasenlähmung eintritt und zwar sowohl Detrusor- wie Sphinkterlähmung?

Terrepson: Da die Nerven aus dem Rückenmark in die sympathischen Ganglien eintreten, so ist es nicht ausgeschlossen, dass auch diese Ganglien afficiert werden. Was die Steuerung von den sympathischen Ganglien anlangt, so sind das experimentelle Beobachtungen.

2) Russow hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber eine besondere Form der Lymphocytose» nebst zugehöriger Demonstration (erscheint in extenso).

Des weiteren demonstriert er mikroskopische Präparate von Trypanosomen, da sich dank dem Entgegenkommen von Prof. Happich die Gelegenheit bot, frisches Blut mit lebenden Trypanosomen der afrikanischen Naganakrankheit zu zeigen. Als Einleitung zu letzterer Demonstration gab der Vortr. einen kurzen Ueberblick über den heutigen Stand der Kenntnis dieser Parasiten.

3. Dehio und Masing demonstrieren Recurrensspirillen von einem in der medicinischen Klinik befindlichen, aus Riga kürzlich angereisten Patienten. Im Anschluss hieran berichte Dehio über die modernen erfolg- und aussichtsreichen Bestrebungen der Recurrensbehandlung auf Grund der modernen Immunitätsforschungen.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Um in den städtischen Hospitälern Raum zu schaffen für die Cholerakranken, werden die chronischen Kranken in das frühere Internal des Polytechnischen Instituts übergeführt.

— Für die Erbauung von Cholerabaracken sind vom Stadthaupt in Gemeinschaft mit Sachverständigen die Grundstücke bei dem Botkin'schen Baracken-Hospital, bei dem Peter-Paul-Hospital und bei dem Irrenhause «Nowosnamenskaja Datscha» für am meisten geeignet befunden worden. Bei dem erstgenannten Hospital sollen 12, bei dem zweiten 4 und bei dem Irrenhause 8 Baracken erbaut werden.

— Auf dem Sabalkanskij Prosp. im Hause Nr. 103 wurde noch ein Speisehaus für 50 Arme eingerichtet.

— Der Vorsitzende der Hospitalcommission Anitschkow forderte die Stadtduma auf, Schritte zu ergreifen, um an den Bau des Tuberculoseheims in Ssosnowka zu schreiten, da alle Entwürfe und Pläne fertig seien und nur die Bestätigung des Technischen Contors des Ministeriums des Innern ausstehe.

— Die städtische Hospitalcommission wandte sich an die Stadtduma mit dem Gesuch über eine Anweisung von 8230 Rbl. für die Remonte und für Meliorationen in vier Hospitälern. Für diese Summe sollen u. A. im Alexander-Hospital eine electrische Waschküche, im Marien-Magdalenen-Hospital ein Röntgen-Cabinett und im Obuchow-Hospital Ventilationen eingerichtet werden.

— Der Vorsitzende der Sanitätscommission Dr. Oppenheim richtete die Aufmerksamkeit der Stadtduma auf die Notwendigkeit, für die Familien des im Kampfe gegen die Cholera gestorbenen medicinischen Personals zu sorgen. Die Erklärung Dr. Oppenheims wurde dem Stadtamt übergeben.

— Der Verlauf der Cholera-Epidemie vom 28. September 12 Uhr tags bis zum 29. September 12 Uhr tags in den Hospitälern ist wie folgt :

	Vorhanden	Hinzugekommen	Verstorben	Genesen	Verblieben
Obuchow-Männerhospital	225	15	—	22	218
» Frauenhospital	83	5	1	4	83
Peter-Paul-Hospital	110	2	2	9	101
Alexander-Hospital	160	8	1	13	154
Maria-Magdalenen-Hospital	80	11	6	7	78
Marien-Hospital	16	—	3	—	13
Botkinsches Barackenhospital	211	13	9	22	193
Wiborger Männerhospital	41	1	1	1	39
» Kinderhospital	79	5	—	8	76
Kalinkin-Hospital	59	9	—	5	57
Klinik des Prof. Tschistowitsch	16	—	—	—	16
Palais-Hospital	12	—	—	1	11
Putilow-Hospital	5	—	—	—	5
Alafusow-Hospital	54	—	—	1	7
Obuchow-Fabrikhospital	7	—	1	—	6
Nikolai-Kinderhospital	2	—	—	—	2
Ssemenow. Militärhospital	46	—	—	—	46
Alexandrowsk. Fabrikhospital	2	—	—	1	1
Zellengefängnis	2	—	—	—	2
Nikolai-Militärhospital	3	--	—	—	3
Im ganzen	1214	65	24	94	1161
Seit Beginn der Epidemie, d. h. seit 33 Tagen		7145	2877	3107	1161

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Starben
	v. 21.—27. Sept.				
St. Petersburg mit den Vorstädten	794	381	24. Aug.	6899	2817
	v. 19.—25. Sept.				
Stadt Kronstadt	33	14	31. Aug.	165	70
	v. 20.—26. Sept.				
Gouv. St. Petersburg	77	34	27. »	260	97
	v. 19.—25. Sept.				
» Olonez, Kreis Lodeinoje Pole	2	1	19. Sept.	2	1
Stadt Archangelsk	12	6	21. »	12	6
Gouv. Estland	3	3	14. »	10	3
» Livland	11	9	11. »	21	13
Stadt Wilna	1	1	22. »	1	1
Gouv. Minsk	28	—	8. »	43	8
» Witebsk	1	1	15. »	2	2
» Astrachan	29	17	8. Juli	1711	331
» Ssaratow	87	37	8. Juli	1336	763
» Ssamara	65	28	8. »	1275	587
» Ssimbirsk	34	5	18. »	234	91
» Nishnij-Nowgorod	22	19	24. »	730	317
» Kasan	5	4	23. »	231	113
» Kostroma	8	5	2. Aug.	228	113
» Jaroslaw	25	11	6. »	288	142
» Twerj	16	12	10. »	51	29
» Ufa	2	1	28. Juli	62	31
» Pensa	1	1	5. Aug.	9	3
» Pskow	6	1	20. »	21	10
» Tambow	—	1	22. »	94	50
» Poltawa	0	1	19. »	94	53
» Kiew	71	26	12. »	606	190
» Tschernigow	2	2	23. »	22	9
» Jekaterinoslaw	239	105	3. »	817	371
Stadt Odessa	—	1	1. Sept.	17	13
Gouv. Taurien	5	—	13. Aug.	35	17
Stadthauptmannschaft Kertsch	18	9	13. Aug.	85	46
Stadthauptmannschaft Rostow a. Don	23	10	19. Juli	1154	521
Gebiet der Don-Kosaken	133	86	19. »	2592	1197
Stadt Noworossijsk	2	—	20. Sept.	2	—
Kuban-Gebiet	255	152	26. Juli	961	540
Terek-Gebiet	33	19	13. Aug.	120	64
Stadthauptmannschaft Baku	15	12	25. Juli	184	100
Gouv. Jelisawetpol	70	30	30. Aug.	343	215
» Tiflis	8	2	6. »	166	93
Gebiet Akmolinsk	23	8	29. »	73	30
Gouv. Tomsk	51	26	14. Sept.	61	31
Im Ganzen	2354	1081		20311	95[illegible]8

Rechnet man die Erkrankungs- und Todesfälle in denjenigen Ortschaften hinzu, wo die Cholera geherrscht hat, die aber in diese Liste nicht aufgenommen sind, weil sie dort erloschen ist, so ergeben sich die Zahlen 22295 resp. 10252. Nirgends sind der Cholera soviel Menschen zum Opfer geworden wie in St. Petersburg.

— Die Rinderpest herrscht gegenwärtig in folgenden Gegenden: Transkaspi-, Fergan-, Küsten-Gebiet, Gouv. Jelisawetpol, Baku, Tiflis und in den Gebieten Kars, Eriwan und Semiretschensk.

— In Kiew hat die Grundsteinlegung des Gebäudes für ein weibliches medicinisches Institut stattgefunden.

— In Charkow fand am 22. September die Eröffnung einer Hebammenschule und eines Gebärinstituts statt. Die Mittel hierzu hat der Verein «Pomoschtsch Roshenizam» beschafft.

— In den meisten russischen Hochschulen ist wieder einmal der Strike proklamiert. Der Besuch der Vorlesungen, Laboratorien etc. ist eingestellt.

— Auf Verfügung der Niederländischen Regierung ist die Stadt Archangelsk für choleraverdächtig erklärt und für von dort kommende Waaren eine 7-tägige Beobachtungsfrist festgesetzt worden. Dieselbe Regierung hat den Transport von Lumpen, alten Kleidern und Bettzeug aus Taganrog, St. Petersburg und Kronstadt verboten, ausser wenn es festgestellt ist, dass die betr. Waaren nicht aus diesen Städten stammen.

— Verbreitung der Cholera: Britisch-Ostindien: in Calcutta starben vom 16.—22. August n. St. 4 Personen an der Cholera. — China: in Amoy ist Anfang August die Cholera plötzlich sehr heftig ausgebrochen, täglich sterben durchschnittlich 25 Personen daran. — Hongkong: vom 5. Juli bis zum 8. August erkrankten in der Stadt und in der Kolonie 22, starben 17.

— Verbreitung der Pest: Indien. Vom 18. Juli bis zum 29. August starben an der Pest 5110 Personen. Am stärksten herrschte die Pest in der Präsidentschaft Bombay, in Bengalien, in der Präsidentschaft Madras, in Burmah, im Staate Mysore, in Punjab und im Staate Hyderabad. Die Pest bricht jährlich zuerst in den südlichen Provinzen Indiens aus, rückt nach Norden vor, und während sie im Süden abnimmt, dauert die Epidemie im Norden fort. (British. Med. Journal, 10. Oct.). — In der Britischen Colonie an der Goldküste waren im August 5 Pestfälle, davon 2 tötlich; gegenwärtig gilt die Colonie für pestfrei. — In Honkong erkrankten vom 18. Juli bis zum 5. September 65 Personen, starben 58. — Auf der Insel Mauritius erkrankten vom 20. Aug. bis zum 24. September, 17 Personen, starben 13. — Türkei. Pestfälle kamen vor in Bagdad, Djeddah und Yambo, und zwar erkrankten seit dem 27. Juni 276 Persoen, starben 250. — In Aegypten erkrankten vom 6. bis zum 27. Juni 136 Personen, starben 65; vom 12. bis zum 18. Sept. wurden 6 Erkrankungen und 1 Todesfall notiert. — China. Vereinzelte Pestfälle in Amoy und Canton, — Japan. Vereinzelte Pestfälle in Osaka, Kobe und Nagasaki. — Südamerika. Brasilien. In Rio de Janairo erkrankten v. 22. Juni bis zum 23. Aug. 6 Personen, starben 1. — Chile In der Hafenstadt Junin waren mehrere Pestfälle mit tötlichem Ausgange im Juli. In Columbia, Ecuador, Peru und Venezuela kamen im Sommer ebenfalls vereinzelte Pestfälle vor.

— Wien. Internationaler Trachompreis. Der kgl. ungarische Minister des Inneren schreibt einen Preis von 1000 Kronen für das beste Werk und die Aetiologie des Trachoms aus. Die zum Bewerb eingelieferte Arbeit muss einen wertvollen Fortschritt darstellen und kann in deutscher, englischer, französischer oder ungarischer Sprache verfasst sein. Es können auch bereits im Druck erschienene Arbeiten eingesandt werden, falls sie 1907 oder 1908 veröffentlicht worden sind. Einsendungstermin: 31. Dec. 1908. Die Preisrichter werden von dem ungarischen Minister des Inneren ernannt und ihr Urteil am XVI. internationalen medicinischen Congress im September 1909 verkündigt werden. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41.).

— Die tierärztlichen Hochschulen in Wien und Lemberg werden in nächster Zeit Doctoren der Tierheilkunde (Doctores mediciniae veterinariae) promovieren, doch wird die Erlangung dieses Grades für die Ausübung der tierärztlichen Praxis nicht obligatorisch sein.

— Berlin. Am 7. Oct. (n. St.) wurden an der Berliner Universität die ersten Studentinnen immatriculiert.

— Die nächste Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte wird in Salzburg stattfinden.

— Stockholm. Die Schwedische Gesellschaft der Aerzte in Stockholm feiert am 25. Oct. (n. St.). dieses Jahres ihr 100-jähriges Stiftungsfest.

— Die grösste medicinische Bibliothek der Welt ist diejenige der Pariser medicinischen Facultät mit 175000 Bänden, die nächste Stelle nimmt die Bibliotek der Kaiserl. Militär-medicinischen Akademie zu St. Petersburg ein mit 170000 Bänden. Dann folgen: die Bibliothek der Verwaltung des Oberchirurgen der Armee der Vereinigten Staaten von N. A. mit 168791 Bänden, die Bibliothek der Medicinischen Academie zu Paris mit 100000, die der Brüsseler Med. Academie mit 100000 Bänden, die der New-Yorker Medicinische Academie mit 85000 Bänden, die der Aerzte-Gesellschaft in Philadelphia mit 84423 Bänden, die der kgl. Gesellschaft der Aerzte in Edinburg mit 80000 Bändern, die der preussischen Militär-medicinischen Academie zu Berlin mit 65000 Bänden, die der Medicinischen Gesellschaft zu Brooklyn mit 65000 Bänden, die Bibliothek der kgl. chirurgischen Gesellschaft in London mit 60000 B., die Medicinische Bibliothek zu Boston mit 57493 Bänden, die Bibliothek der Medicinischen Gesellschaft in Kalkutta mit 50000 B. und die Bibliothek der ärztlichen und chirurgischen Gesellschaft in Glasgow ebenfalls mit 50000 Bänden.

— Gestorben: in Batum Dr. T. P. Triantaphilides. Er wurde (nach einer Mitteilung im «Russ. Wratsch» Nr. 39) von Räubern weggeführt, die von ihm die Summe von 30000 Rbl. erpressen wollten; am 17. Sept. fand man seinen in bestialischer Weise verunstalteten Leichnam. Dr. T. war 1858 geb. und hatte 1887 den Arztgrad erlangt. — In Aussee (Steiermark) starb am 27. September der Begründer dieses Curorts, Dr. J. Schreiber.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Stadthospitälern St. Petersb. betrug in der Woche om 7. Sept 13 bis zum 6. September 1191. Darunter Typhus abd. 653, Typhus exanth. 2, Febris recurrens 124, Scharlach 129, Diphtherie 167, Masern 32, Pocken 14, Crupöse Pneumonie 113, Tuberculose 334, Influenza 196, Erysipel 44, Keuchhusten 16, Lepra 1, Hautkrankheiten 50, Syphilis 475, venerische Krankheiten 380, acute Erkrankungen 1602, chronische Krankheiten 1371, Chirurgische Krankheiten 1193, Geisteskrankheiten 3203, gynaekologische Krankheiten 163, Krankheiten des Wochenbetts 34, Cholera 1662.

— Die Zahl der Erkrankungen an acuten Infectionskrankheiten in der Stadt St. Petersburg betrug in derselben Woche 2787. Darunter Typhus abd. 98, Typh. exanth. 2, Febris recurrens 33, Windpocken 4, Masern 30, Scharlach 40, Diphtherie 78, acute Magen- und Darmerkrankungen 348, Cholera 2141, andere Infectionskrankheiten 13.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in der Stadt betrug in derselben Woche 1997 + 34 Totgeborene + 74 Todesfälle von der vergangenen Woche. Darunter Typhus abd. 35, Pocken 1, Masern 13, Scharlach 12, Diphterie 10, Keuchhusten 16, crupöse Pneumonie 17, catarrhalische Pneumonie 30, Erysipel 7, Influenza 4, Pyaemie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 114, Tuberculose anderer Organe 20, Dysenterie 1, Magen- und Darmcatarrh 60, andere Magen- und Darmerkrankungen 91, Alcoholismus 22, angeborene Schwäche 49, Marasmus senilis 51, Cholera 1113, andere Todesursachen 263.

Offener Brief an die Collegen!

Sei 1 Jahre an der Zusammenstellung eines biographischen Lexicons der russischen Aerzte (Русскіе врачи-писатели) arbeitend, bitte ich nochmals dringend alle Collegen, die gedruckte Arbeiten auf dem Gebiete der Medicin aufzuweisen haben, mir ein chronologisches Verzeichnis derselben (nebst Angabe des Ortes und Jahres des Abdrucks) sowie ein Curriculum vitae zusenden zu wollen.

Die biographischen Daten für die Collegen aus der Universität Dorpat reichen im Alb. Acad. und auch im biograph. Lexicon von Hirsch nur bis 1838. Es wäre daher sehr erwünscht, ergänzende Daten für die letzten 20 Jahre zu erhalten.

Bis heute habe ich Briefe von ca 85 russischen Collegen erhalten und wage zu hoften, dass mein diesjähriger Anstess mehr Widerhall, namentlich in Kreisen meiner ehemaligen Dorpater Studiengenossen finden wird als voriges Jahr (St. P. M. W. Nr. 46). Das Werk soll ein Denkmal 200-jähriger Tätigkeit (1707—1907) der Aerzte ganz Russlands sein, ohne Rücksicht auf Nationalität, Confession, Geschlecht oder Wohnort. Drum auf, wer geschichtlichen Sinn hat, wer Liebe zur Heimat besitzt! Jeder trage seinen Baustein heran, damit unter den ca 9000 Namen recht viele deutsche gut vertreten seien:

Briefe pr. Adr.: г. Бердянскъ, Таврич. губ. д-ру Ник. Юл. Кумбергъ werden mit Dank bis zum 1. Juli 1909 entgegengenommen.

Berdjansk, IX. 22. 1908. Nik. Kumberg.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 14. Oct. 1908.

Tagesordnung: Hesse: Ueber schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen und über Schutzmassregeln dagegen.

Neumann: Ueber die Mechanik des Hörens.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 20. Oct. 1908.

Tagesordnung: A. Ucke: Ueber Fettfärbung.

Sapene-Krewel.

Die seit Kurzem in den Arzneischatz eingeführten

SAPENE—KREWEL

haben bei klinischer Durchprüfung Ihre hohe Bedeutung für die perkutane Anwendung einer Reihe wichtiger Medikamente voll und ganz erwiesen. Die Sapene — flüssige Seifen — sind neue Arzneimittelträger, die die wertvolle Eigenschaft besitzen, Arzneistoffe wie Salicylsäure, Jod, Ichthyol, etc. hochprozentig und dauernd in Lösung halten zu können. Ihre wesentlichen Vorzüge bestehen in leichtester Resorbierbarkeit sowie vor allem darin, dass sie selbst als sehr hochprozentige Lösungen nicht den geringsten Reiz auf die Haut ausüben. Die Sapene zeichnen sich ferner durch Billigkeit in der Anwendung aus.

Salicyl-Sapen 10% und 20% wurde von ärztlicher Seite als ein ideales Mittel gegen alle Rheumatosen: Lumbago, Torticollis, Pleurodinie, Neuritis, Neuralgie, sowie gegen akuten Gelenkrheumatismus bezeichnet. Es ist unübertroffen in seiner prompten und nachhaltigen Wirkung. Die Haut wird von Salicylsapen nicht angegriffen. Das Mittel ist so billig, dass es in der Kassenpraxis angewandt werden kann. Ferner werden bis jetzt hergestellt:

Jod-Sapen 3%, 6%, 10%, 20%. **Formaldehyd-Sapen** 5%, 10%. **Salicyl-Sapen** 10%. **Kreosot-Kampfer Sapen** ää 10%.

Mitin nach Dr. Jessner.

Die von dem Dermatologen Dr. Jessner angegebene neue Salbengrundlage Mitin erfährt in Fachkreisen steigernde Anerkennung. Die physiologische Zusammensetzung, leichte Resorbierbarkeit, absolute Haltbarkeit, völlige Geruchlosigkeit lassen ihre Verwendung in Gestalt des

Mitin-purum zur Bereitung aller Salben und Pasten empfehlenswert erscheinen, zumal dieses Präparat noch grössere Mengen Flüssigkeit und feste Stoffe leicht aufnimmt. Besonders wertvoll für die ärztliche Praxis sind folgende Mitin Specialitäten:

Mitin Cosmeticum, eine fein parfümierte Salbencrème, spielend leicht in die Haut verreibbar und daher vorzüglich als Kühlsalbe, sowie zur Einfettung rauer, spröder, rissiger Haut, bester Ersatz für die wenig haltbare Goldcrème.

Mitin mercuriale, eine sorgfältigst extinguierte 33⅓%-ige Quecksilbersalbe, in kürzester Zeit verreibbar und daher Inunktionskur wesentlich erleichternd. Mitin-Quecksilber ist hellgrau und wenig färbend, seine Anwendung ist besonders praktisch durch die Abfassung in Glasröhren à 30 gr. mit graduiertem Stempel.

Pasta Mitini eine hautfarbige, in der Anwendung unauffällige Pasta, die als Deckmittel für glänzende Haut und zur Schonung gereizter empfindlicher Haut gute Dienste leistet, nicht abfettend, bester Ersatz für Zinkpasta und Zinköl.

PERHYDROL

nach Prof. Dr. **Körner** (Halle).

MUNDWASSER

ist eine durch patentiertes Verfahren haltbar gemachte 3%-ige Lösung von chemisch reinem Wasserstoffsuperoxyd Merck (Perhydrol). Dasselbe zerfällt bei Berührung mit dem organischen Mundinhalt in Sauerstoff und Wasser und erweist sich somit als vollständig unschädlich für die Zähne, sowie den übrigen Körper. Perhydrol-Mundwasser ist nach den experimentellen Untersuchungen stark bactericid, entwicklungs- und gärungshemmend und gilt bei regelmässiger Verwendung als zuverlässiges Prophylakticum gegen Zahnkaries und infectiöse Erkrankung des Mundes und zur Verhütung und Teilung von Stomatitis, bedeutende Desodorationskraft; durch die Sauerstoffspaltung entsteht starke Schaumbildung, die Schleim und Bacterien losreisst.

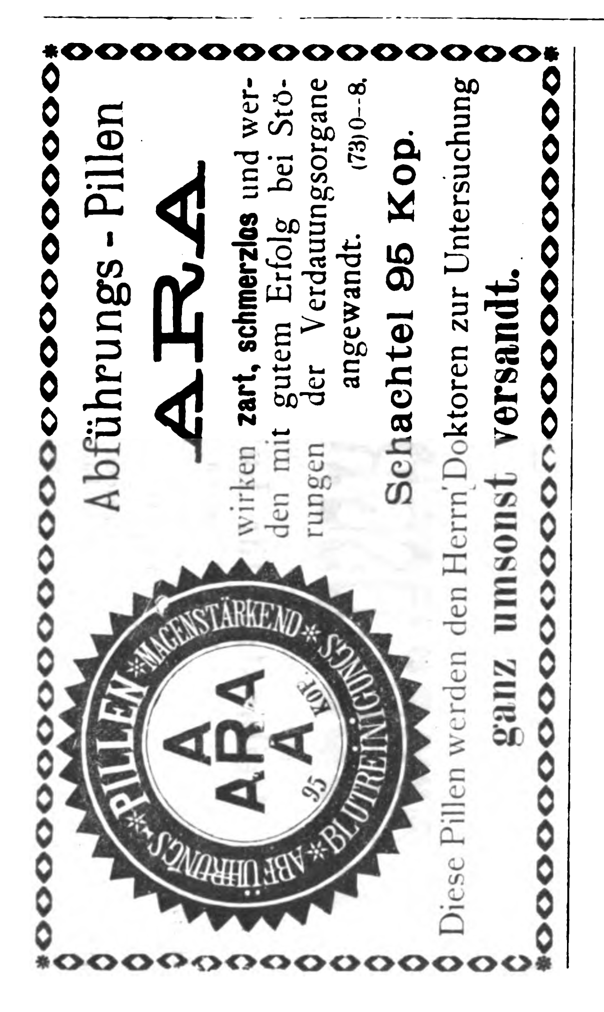
ZAHNPULVER

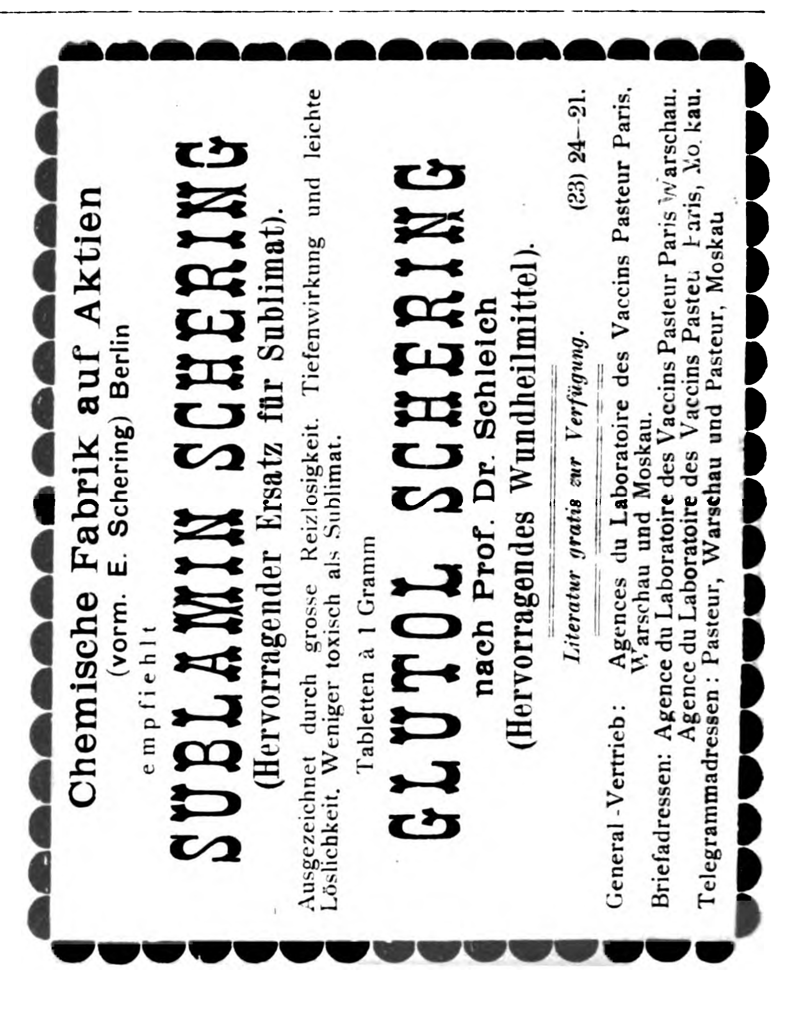
ist das 25%-ige Magnesiumperhydrol Merck, ein chem. reines Magnesiumperoxyd, das bei Berührung mit wässriger Flüssigkeit Wasserstoffsuperoxyd bezw. gasförmigen Sauerstoff abspaltet, welcher in statu nascendi bleibend auf die Zähne wirkt.

Stark desinficierend, desodorierend, säurebindend, bleichend, mechan. reinigend, konserviert die Zahnsubstanz, verhütet Zahnfäule, verursacht keine mechan. Schädigung des Zahnschmelzes, besitzt angenehmen Geschmack und wirkt äusserst erfrischend. Von sehr günstigem Einfluss erweist sich der Gebrauch des Perhydrol-Zahnpulvers bei beginnender Alveolar-Pyorrhoe. Lose, von zahnärztlicher Seite in entsprechender Weise vorbehandelte Zähne sitzen nach 2—3-wöchentlichem Gebrauch wieder fest. Die Perhydrol-Präparate für Mund- und Zahnpflege entsprechen allen Anforderungen in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht.

(120) 13—2.

Literatur und Proben gratis und franco zu Diensten.
Generaldepot für Russland: Kontor chemischer Präparate, St. Ptb., Newsky Pr., 28, Haus Singer.





MUIRACITHIN

hervorragend wirksames Mittel

gegen IMPOTENZ

sowie alle neurasthenische Leiden, Kräftigung des Erectionscentrums, Besserung nervöser Allgemeinerscheinungen, Stärkung des Herzens. Vorzügliches Nerventonicum.

NORIDAL

Suppositorien

Mittel gegen Hämorrhoiden

Blutungen, Pruritus, Tenesmus, Mastdarmkatarrh, Schrunden und Wundsein der Analgegend, schmerzhafte Stuhlentleerung.

Best.: Calc. chlorat. Calc. jod. Bals. peruv.

Physiologisch und klinisch eingehend erprobt

Wirkung ohne irgend welche Sekundär-Erscheinungen.

Literatur:

Geh. Med.-Rat Prof. Eulenburg, Berlin; Pawloff, St. Petersburg; Wiedemann, St. Petersburg; Fürbringer, Berlin; Hirsch, St. Petersburg; Holländer, Berlin; Posner, Berlin; Rebourgeon, Paris; Goll, Zürich; Popper, Igls bei Senator; Hirsch, Kudowa; Steinsberg, Franzensbad; Waitz, Paris, Wright, London; Piliver, Odessa; Fürth, Dervent; Quastler, Wien.

Literatur:

Prof. Boas, Berlin; Kehr, Halberstadt; Pickardt, Berlin; Weiss, Berlin; Sandberg, Berlin; Zibell, München; Wright, London; Silvestri, Rom, Dawson, London.

CASTOREUM-BROMID-WEIGERT

Specificum bei Kopf und nervösen Schmerzen, Schlaflosigkeit, Herz- und Magenerkrankungen auf nervöser Grundlage, Krämpfen und nervösen Zuckungen im Kindesalter, epileptischen und hysterischen Zuständen.

Empfohlen von Prof. **Eulenburg**, Berlin.

Caseoferrin-Weigert

Neues Eisenpräparat, stärkender und wirkender Prozess bei Darmfunktionen; wird gebraucht bei Blutarmut, Verdauungsstörungen, Schwäche, Anstrengung des Organismus, bei schwacher Darmfunktion und Appetitlosigkeit.

(118) 0—1. **Literatur von Präparaten allen gratis und franco.**

Kontor. Chemischer Präparate St. Petersburg, Newski Pr., 28, Haus Singer.



PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:

Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:

Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:

Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:

Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: H. Bierstümpfel, Warschau; Gesellschaft W. K. Ferrein, Moskau; Handelsgesellschaft J. Mandel & Co., Wladiwostok; Handelsgesellschaft S. B. Segall, Wilna und Odessa; Handelsgesellschaft S. Lemmé & Co., Odess; Kaukasische Pharmac. Handelsgesellsch. Philipp Kaplan & Söhne, Taschkent; Russ. Pharmac. Handelsges. St. Petersburg und Charkow; Russ. Gesellsch. f. Kolonialhdl., Rostow a./Don und Odessa; B. Schaskolsky, St. Petersburg; Paul Seebode, Riga; Südruss. Pharmac. Handelsges. Kiew; Waldecker & Poeppel, Wladiwostok.

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C 19, Seydelstrasse 16.

(4) —64.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.
Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.
Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechst. Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 41 St. Petersburg, den 11. (24. October). 1908.

Achter Bericht über die Tätigkeit des Evangelischen Sanatoriums zu Pitkäjärvi.

1. Januar bis zum 31. Dezember 1906

von

Dr. Alexander von Pezold.

Im Evangelischen Sanatorium für Lungenkranke zu Pitkäjärvi sind vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 1906 im ganzen 141 (davon waren im Laufe des Jahres 5 Kranke zwei mal zur Behandlung) Personen verpflegt worden, von diesen waren 27 aus dem Vorjahre übernommen. 107 haben bis zum 31. Dezember die Anstalt verlassen und verbleiben somit 34 zum 1. Januar 1907.

Die Gesamtzahl der Verpflegungstage beträgt 11314 und zwar sind davon:

Verpflegungstage der Patienten	10753
„ von Erholungsbedürftigen	117
„ „ Begleitpersonen	187
„ „ Besucher	257
Total	11314

Die Frequenzziffer des Evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke zu Pitkäjärvi veranschaulicht folgende Kurve, wobei jedoch nur diejenigen gerechnet sind, deren Aufenthalt ohne Unterbrechung sich auf mindestens 1 Monat erstreckte.

Von den 141 (136)*) Verpflegten waren:

männlichen Geschlechts	70	= 51,5	pCt.
weiblichen Geschlechts	66	= 48,5	„
ledig	81	= 59,4	„
verheiratet	49	= 36,3	„
verwitwet	6	= 4,3	„

Der Confession nach waren:

Evangelisch-lutherisch	66	} 68	= 50,0	pCt.
„ Baptisten	2			
Reformiert	1		= 0,7	„
Griechisch-katholisch	56		= 41,2	„
Römisch-katholisch	4		= 2,9	„
Mosaisch	7		= 5,2	„

Der Staatsangehörigkeit nach waren:

Russ. Untertanen	aus dem Reiche	76	= 55,8	pCt.
	aus d. balt. Prov.	49	= 36,3	„
	aus Finnland	1	= 0,7	„
Deutsche Reichsangehörige		5	= 3,6	„
Türkische Untertanen		1	= 0,7	„
Grossbritanische Untertanen		4	= 2,9	„

Der Nationalität nach waren:

Deutsche	52	= 38,2	pCt.
Engländer	3	= 2,2	„
Griechen	1	= 0,7	„
Russen	55	= 40,5	„

*) 5 Patienten waren im Laufe des Jahres 2 mal zur Kur, werden folglich nur einmal zur Berechnung herangezogen.

Polen	3 =	2,2	pCt.
Esten	7 =	5,2	„
Letten	6 =	4,4	„
Juden	7 =	5,2	„
Littauer	1 =	0,7	„
Schweden	1 =	0,7	„

Dem Stande nach gehörten zum:

Adels- und Exemptenstande	13 =	,66	pCt.
Literatenstande	57 =	41,9	„
Bürgerstande	62 =	45,6	„
Bauernstande	4 =	2,9	„

In den folgenden Aufzeichnungen sind nur die tuberculösen Lungenkranken berücksichtigt, welche im Berichtsjahr ihre Kur abgeschlossen haben. Zum Vergleich seien auch die entsprechenden Daten des Vorjahres angegeben.

Die Dauer des Kuraufenthaltes der 94 Patienten, welche im Berichtsjahr zur Entlassung kamen, beträgt 9661 Tage. Da sechs von den Kranken sich bereits nach 7—15 Tagen der Behandlung entzogen, so musste diesem Umstand bei den nachfolgenden Angaben, um richtige statistische Erhebungen zu erhalten, entsprechend Rechnung getragen werden. Eine Berücksichtigung dieser Patienten würde kein übersichtliches Bild gestatten. Nach Abzug der Kurtage dieser sechs Insassen bleiben auf 88 Patienten 9592 Kurtage.

Somit ergiebt sich für den Einzelnen eine durchschnittliche Kurdauer von 109 Tagen, gegen 119,8 Tage im Vorjahre. Diese Kurtage verteilen sich auf die einzelnen Stadien in folgender Weise:

Es kamen:

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
auf das I. Stadium:	2534 Kurtage	3568 Kurtage
„ „ II. „	4350 „	2025 „
„ „ III. „	2708 „	3274 „

Durchschnittlich kamen:

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
auf das I. Stadium:	87,4 Kurtage	118,9 Kurtage
„ „ II. „	133,4 „	119,1 „
„ „ III. „	105,2 „	121,3 „

In den folgenden Berechnungen werden nur 87 Patienten gezählt, da ein Patient nach kurzer Unterbrechung zweimal zur Kur war.

Nach dem Lebensalter verteilen sich die 87 Patienten des Berichtsjahres, sowie die 73 Patienten des Vorjahres, die ihre Kuren abgeschlossen hatten, wie folgt:

Alter:	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
5—10	— =	—	— =	—
10—15	— =	—	1 =	1,4
15—20	11 =	12,6	6 =	8,2
20—25	22 =	25,3	20 =	27,5
25—30	18 =	20,7	23 =	31,5
30—35	10 =	11,6	9 =	12,3
35—40	11 =	12,6	5 =	6,8
40—45	5 =	5,7	4 =	5,5
45—50	4 =	4,6	3 =	4,1
50—55	4 =	4,6	— =	—
55—60	2 =	2,3	2 =	2,7

Was die Beschäftigung, resp. den Beruf anbetrifft, so waren:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Beschäftigungslose	20 =	23,0	23 =	31,5
Kontoristen und Kaufleute	21 =	24,2	13 =	17,8
Schüler	3 =	3,5	6 =	8,2
Studenten	4 =	4,7	3 =	4,1
Lehrer und Lehrerinnen	10 =	11,6	4 =	5,5
Juristen	3 =	3,5	1 =	1,4
Theologen	1 =	1,1	— =	—
Ingenieure	2 =	2,3	1 =	1,4
Architekten	1 =	1,1	— =	—
Chemiker	— =	—	2 =	2,7
Pharmazeuten	1 =	1,1	1 =	1,4
Zahnärzte	1 =	1,1	— =	—
Fabrikanten	1 =	1,1	— =	—
Landwirte	1 =	1,1	2 =	2,7
Journalisten	— =	—	1 =	1,4
Künstler	2 =	2,3	5 =	6,8
Beamte	8 =	9,4	5 =	6,8
Techniker	2 =	2,3	— =	—
Barmherzige Schwestern	1 =	1,1	2 =	2,7
Handwerker	1 =	1,1	1 =	1,4
Hebammen	1 =	1,1	1 =	1,4
Wirtschafterin	1 =	1,1	1 =	1,4
Kammerzofe	1 =	1,1	1 =	1,4
Restaurateur	1 =	1,1	— =	—

Hinsichtlich hereditärer Momente liessen sich folgende Angaben feststellen:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Es waren direkt oder indirekt belastet	51 Fälle =	58,6	39 Fälle =	53,4
Davon direkt	27 „ =	42,5	16 „ =	22,0
Unbelastet waren	36 „ =	41,4	34 „ =	46,6

Und zwar litten an Tuberkulose:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt
Brüder	16 =	18,4	9 =	12,3
Schwestern	16 =	18,4	10 =	13,7
Brüder und Schwestern	2 =	2,3	3 =	4,1
Vater	13 =	14,9	8 =	11,0
Mutter	12 =	13,8	8 =	11,0
Beide Eltern	2 =	2,3	— =	—
Geschwister des Vaters	5 =	5,7	2 =	2,7
Geschwister der Mutter	12 =	13,8	6 =	8,2
Grossvater	1 =	1,1	1 =	1,4
Grossmutter	4 =	4,7	5 =	6,8
Beide Grosseltern	1 =	1,1	— =	—
Urgrossvater	— =	—	1 =	1,4
Urgrossmutter	— =	—	1 =	1,4

Maligne Tumoren in der Ascendenz konnten in 5 Fällen = 5,7 pCt. (Vorjahr 7 = 9,6 pCt.) eruirt werden.

Es litten an Carcinoma:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt
Vater	1 =	1,1	3 =	4,1
Mutter	2 =	2,3	2 =	2,7
Beide Eltern	1 =	1,1	— =	—
Grossvater	— =	—	1 =	1,4
Grossmutter	1 =	1,1	— =	—
Bruder	— =	—	1 =	1,4

Geisteskrankheiten wurden 2 Mal = 2,3 pCt. (gegen 3 Mal = 4,1 pCt. im Vorjahr) angegeben und zwar:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Beim Vater	— =	—	1 =	1,4
Bei der Mutter	1 =	1,1	— =	—
Beim Bruder	1 =	1,1	1 =	1,4
Bei der Schwester	— =	—	— =	—
Bei d. Schwester d. Mutter	— =	—	1 =	1,4
Beim Grossvater	— =	—	— =	—
Bei der Grossmutter	— =	—	— =	—

Polymortalität der Geschwister war vorhanden in 14 Fällen = 16,1 pCt. gegen 10 Fälle = 13,7 pCt. des Vorjahres.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Gombinationen belasteter Fälle:

1. 384 (353). Der Patient ist das sechste von elf Kindern, die Mutter und der Bruder der Mutter, sowie seine drei Kinder an Tuberculosis pulm. gestorben.

2. 386 (355). Die Patientin ist als Kind scrophulös gewesen. Die Eltern sind beide an Carcinoma gestorben. Eine Schwester der Mutter, ein Bruder des Vaters und seine zwei Kinder an Tuberculosis pulm. gestorben.

3. 405 (372). Die Patientin war ein schwächliches Kind. Der Vater starb an Tuberculosis pulm., die Mutter ist von Tuberculosis pulm. geheilt. Zwei Brüder des Vaters sind an Tuberculosis pulm. gestorben, alle Verwandten der Mutter sind tuberculös.

4. 408 (375). Die Patientin war als Kind scrophulös. Beide Grosseltern, ein Bruder der Mutter und Schwestern der Mutter an Tuberculosis pulm. gestorben.

5. 429 (395). Der Patient ist das fünfte von zehn Kindern. Der Vater, ein Bruder, eine Schwester und der Bruder des Vaters an Tuberculosis pulm. gestorben.

6. 432 (398). Die Patientin war ein schwächliches Kind. Die Mutter starb an Carcinoma hepatis. Die Schwester sowie drei Brüder der Mutter starben an Tuberculosis pulm.

7. 435 (401). Der Patient ist das fünfte von acht Kindern. Der Vater starb an Tuberculosis pulm., ein Bruder an Laryngitis tub. und eine Schwester an Tuberculosis pulm. Die übrigen Geschwister sind alle klein gestorben.

8. 437 (403). Der Patient ist das erste von vier Kindern, die übrigen alle klein gestorben. Die Mutter starb an Tuberculosis pulm., der Vater und eine Schwester des Vaters an Laryngitis tub.

9. 439 (405). Der Patient ist das sechste von acht Kindern. Drei Geschwister sind an Tuberculosis pulm. gestorben, die übrigen alle klein gestorben.

10. 453 (418). Die Patientin ist das achte von acht Kindern. Die Mutter und sechs Geschwister sind an Tuberculosis pulm., gestorben.

11. 464 (427). Die Patientin ist das achte von acht Kindern. Die Mutter starb an Carcinoma, zwei Schwestern und ein Bruder im dreissigsten Lebensjahr an Meningitis tubercul. und eine Schwester im vierzigsten Lebensjahr an Tuberculosis pulm.

12. 482 (444). Der Patient ist das zwölfte von zwölf Kindern. Der Vater starb an Tuberculosis pulm. Zwei Geschwister leben, die übrigen alle klein gestorben.

13. 492 (453). Der Patient ist das neunte von neun Kindern. Der Vater starb an Carcinoma und ein Bruder an Tuberculosis pulm.

Infection wurde in 3 Fällen = 3,5 pCt. (Vorjahr 7 Fällen = 9,6 pCt.) angegeben.

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Von Seiten des Ehegatten	1 = 1,1	1 = 1,4
" " " Bruders	1 = 1,1	1 = 1,4
" " der Schwester	— = —	1 = 1,4
" " e. Stubengenossen	1 = 1,1	1 = 1,4
" " e. Berufsgenossen	— = —	— = —
" " eines Freundes	— = —	2 = 2,7
Im Beruf	— = —	1 = 1,4 (Pflegerin)

Sonstige prädisponierende Momente für die Erkrankungen bestanden in:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Brehmer'scher Belastung*)	12 = 13,8	10 = 13,7
Schwächliche Constitution	6 = 6,9	17 = 23,3
Gracilem Körperbau	26 = 29,9	18 = 24,6
Habitus paralyticus	9 = 10,3	9 = 12,3
Verkümmerter Thorax	6 = 6,9 (2 Pect. carin.)	5 = 6,8 (1 Pect. carin.)
Skoliosis	1 = 1,1	1 = 1,4
Kyphosis	1 = 1,1	1 = 1,4
Kyphoskoliosis	1 = 1,1	1 = 1,4
Raschem Wachstum	2 = 2,3	1 = 1,4
Neigung zu Katarrhen	15 = 14,2	11 = 15,1
Körperlichen Anstrengungen	2 = 2,3	4 = 5,5
Geistigen Anstrengungen	5 = 5,7 (3 Examen)	5 = 6,8 (3 Examen)
Exzessen	2 = 2,3	3 = 4,1
Potatorium	7 = 8,0	6 = 8,2
Lactation	1 = 1,1	4 = 5,5
In schlechten hyg. Verhältn.	1 = 1,1	2 = 2,7
Schlechte Esser waren	3 = 3,5	3 = 4,1

Vor Ausbruch der jetzigen Erkrankung litten an:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Skrophulose	5 = 5,7	4 = 5,5
Tuberculose anderer Organe	4 = 4,6	8 = 11,0
Rhachitis	2 = 2,3	3 = 4,1
Chlorose und Anämie	9 = 10,3	21 = 28,7
Agrypnie	3 = 3,5	2 = 2,7
Nervenkrankheiten (bes. Hysterie und Neurasthenie)	11 = 12,6	10 = 13,7
Epilepsie	1 = 1,1	— = —
Chron. Magen- u. Darmerkrankungen	17 = 19,5	17 = 23,3
Bothriocephalus latus	1 = 1,1	2 = 2,7
Ulcus ventriculi	1 = 1,1	1 = 1,4
Haemorrhoiden	4 = 4,6	2 = 2,7
Varices	1 = 1,1	— = —
Leberleiden	2 = 2,3	1 = 1,4
Ikterus	3 = 3,5	1 = 1,4
Typhlitis (Perityphlitis)	8 = 9,4	1 = 1,4
Peritonitis	— = —	1 = 1,4
Chron. gynäkolog. Krankheiten	— = —	7 = 9,6
Aborte	3 = 3,5	2 = 2,7
Hernien	1 = 1,1	1 = 1,4
Nierenkrankheiten	2 = 2,3	2 = 2,7
Häufige Epistaxis	1 = 1,1	2 = 2,7
Häufige Kopfschmerzen	4 = 4,6	4 = 5,5
Ischias	— = —	1 = 1,4
Nasenleiden	2 = 2,3	2 = 2,7
Empyema antri Highmori	1 = 1,1	1 = 1,4
Augenleiden	— = —	2 = 2,7
Otitis media	2 = 2,3	2 = 2,7
Angina	9 = 10,3	8 = 11,0
Asthma bronchiale	4 = 4,6	— = —
Laryngitis	3 = 3,5	2 = 2,7 (1 Stimmbandlähmung)
Bronchitis u. Tracheitis	7 = 8,0	9 = 12,3
Pleuritis	13 = 14,9	17 = 23,3
Pneumonie	16 = 18,4	21 = 28,7
Pertussis	17 = 19,5	8 = 11,0
Croup	— = —	1 = 1,4
Parotitis epidemica	— = —	2 = 2,7
Influenza	14 = 16,1	18 = 24,6
Meningitis	1 = 1,1	1 = 1,4

[1]) Brehmer bezeichnete die jüngsten Kinder sehr kinderreicher Ehen als zur Tuberkulose besonders disponiert.

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Rubeola	2	= 2,3	4	= 5,5
Varicellae	23	= 26,4	16	= 22,0
Morbilli	43	= 49,4	52	= 71,2
Scarlatina	30	= 34,5	23	= 31,5
Diphtherie	13	= 14,9	7	= 9,6
Variola	3	= 3,4	1	= 1,4
Erysipel	—	= —	1	= 1,4
Cholera asiatica	1	= 1,1	—	= —
Dysenterie	3	= 3,5	1	= 1,4
Polyarthritis	2	= 2,3	1	= 1,4
Typhus abdominalis	14	= 16,1	10	= 13,7
Malaria	5	= 5,7	5	= 6,8
Lues	5	= 5,7	4	= 5,5
Gonorrhöe	17	= 19,5	13	= 17,8
Cystitis	1	= 1,1	—	= —
Ulcus molle	—	= —	1	= 1,4
Fibroma	—	= —	1	= 1,4
Lipoma	1	= 1,1	—	= —
Carcinoma	1	= 1,1	—	= —
Ekzema	—	= —	1	= 1,4
Trauma	1	= 1,1	3	= 4,1
Abszess	—	= —	1	= 4,1

Der Beginn der Lungentuberkulose wurde von den Patienten angegeben als vor:

Zeitraum:		Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Vor 1/4	Jahr	14 Mal	= 16,0	8 Mal	= 11,0
1/4—1/2	„	11 „	= 12,6	6 „	= 8,2
1/2— 1	„	11 „	= 12,6	23 „	= 31,5
1— 2	„	14 „	= 16,1	11 „	= 15,1
2— 3	„	10 „	= 11,5	7 „	= 9,6
3— 4	„	5 „	= 5,7	6 „	= 8,2
4— 5	„	2 „	= 2,3	3 „	= 4,1
5— 6	„	4 „	= 4,7	2 „	= 2,7
6— 7	„	4 „	= 4,7	1 „	= 1,4
7— 9	„	1 „	= 1,1	1 „	= 1,4
9—12	„	7 „	= 8,0	2 „	= 2,7
12—25	„	4 „	= 4,7	3 „	= 4,1

Der Ausbruch erfolgte im directen Anschluss an:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Erkältung	7	= 8,0	9	= 12,3
Pneumonie und Pleuritis	9	= 10,8	5	= 6,8
Bronchitis	3	= 3,4	4	= 5,5
Angina	1	= 1,1	—	= —
Pertussis	—	= —	1	= 1,4
Influenza	8	= 9,2	13	= 17,8
Morbilli	1	= 1,1	1	= 1,4
Malaria	1	= 1,1	—	= —
Typhus abdom.	2	= 2,3	1	= 1,4
Graviditas	—	= —	2	= 2,7
Laktation	—	= —	3	= 4,1
Trauma	—	= —	1	= 1,4

Es manifestierte sich die Krankheit mit:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Initialer Haemoptoe	20	= 23,0	18	= 21,6
Husten allein	14	= 16,1	12	= 15,1
Fieber allein	5	= 5,7	7	= 9,6
Husten und Fieber	4	= 4,7	23	= 31,5
Husten und Auswurf	10	= 11,5	24	= 32,9
Heiserkeit	2	= 2,3	4	= 5,5
Gastrischen Erscheinungen	1	= 1,1	1	= 1,4
Appetitlosigkeit	2	= 2,3	4	= 5,5
Abmagerung und Ermüdungsgefühl	14	= 16,1	20	= 27,6
Brustschmerzen	8	= 9,2	8	= 11,0
Nachtschweissen	6	= 6,9	23	= 31,5
Dyspnoe	1	= 1,1	2	= 2,7

Nach dem Grade der Erkrankung unterscheiden wir leichte, mittelschwere und schwere Fälle nach dem von Turban angegebenen Schema.

Turbans Einteilung lautet:

I. Stadium: Leichte, höchstens auf das Volumen eines oder zweier halber Lappen ausgedehnte Erkrankung.

II. Stadium: Leichte, weiter als I, aber höchstens auf das Volumen zweier Lappen ausgedehnte Erkrankung oder schwere auf das Volumen eines Lappens ausgedehnte Erkrankung.

III. Stadium: Alle Erkrankungen, die über II hinausgehen.

Es gehörten zum Stadium:			Berichtsjahr:	pCt.		Vorjahr:	pCt.
I.	männl.	11	29	= 33,3	13	30	= 41,0
	weibl.	18			17		
II.	männl.	21	33	= 37,9	8	16	= 22,0
	weibl.	12			8		
III.	männl.	12	25	= 28,8	10	27	= 37,0
	weibl.	13			17		

Was die Localisation des Prozesses anbelangt, so waren ergriffen:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt
Beide Lungen	39	= 44,8	43	= 58,9
Rechte Lunge allein	36	= 41,4	22	= 30,1
Linke Lunge allein	12	= 13,8	8	= 11,0

Nach dem Bazillenbefunde war das Ergebnis:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Eintritt / Austritt positiv	51	= 58,6	38	= 52,0
Eintritt positiv / Austritt negativ	12	= 13,8	19	= 26,0
Eintritt / Austritt negativ	24	= 27,6	15	= 20,6
Eintritt negativ / Austritt positiv	—	= —	—	= —

Von den 24 Fällen geschlossener Tuberkulose wurde von 12 = 13,8 pCt (gegen 15 im Vorjahr) während ihres Aufenthaltes im Sanatorium kein Sputum produciert.

Das Fieber war:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Eintritt / Austritt positiv	34	= 39,1	21	= 28,7
Eintritt positiv / Austritt negativ	30	= 34,5	37	= 50,7
Eintritt / Austritt negativ	20	= 22,9	15	= 20,6
Eintritt negativ / Austritt positiv	3	= 3,5	—	= —

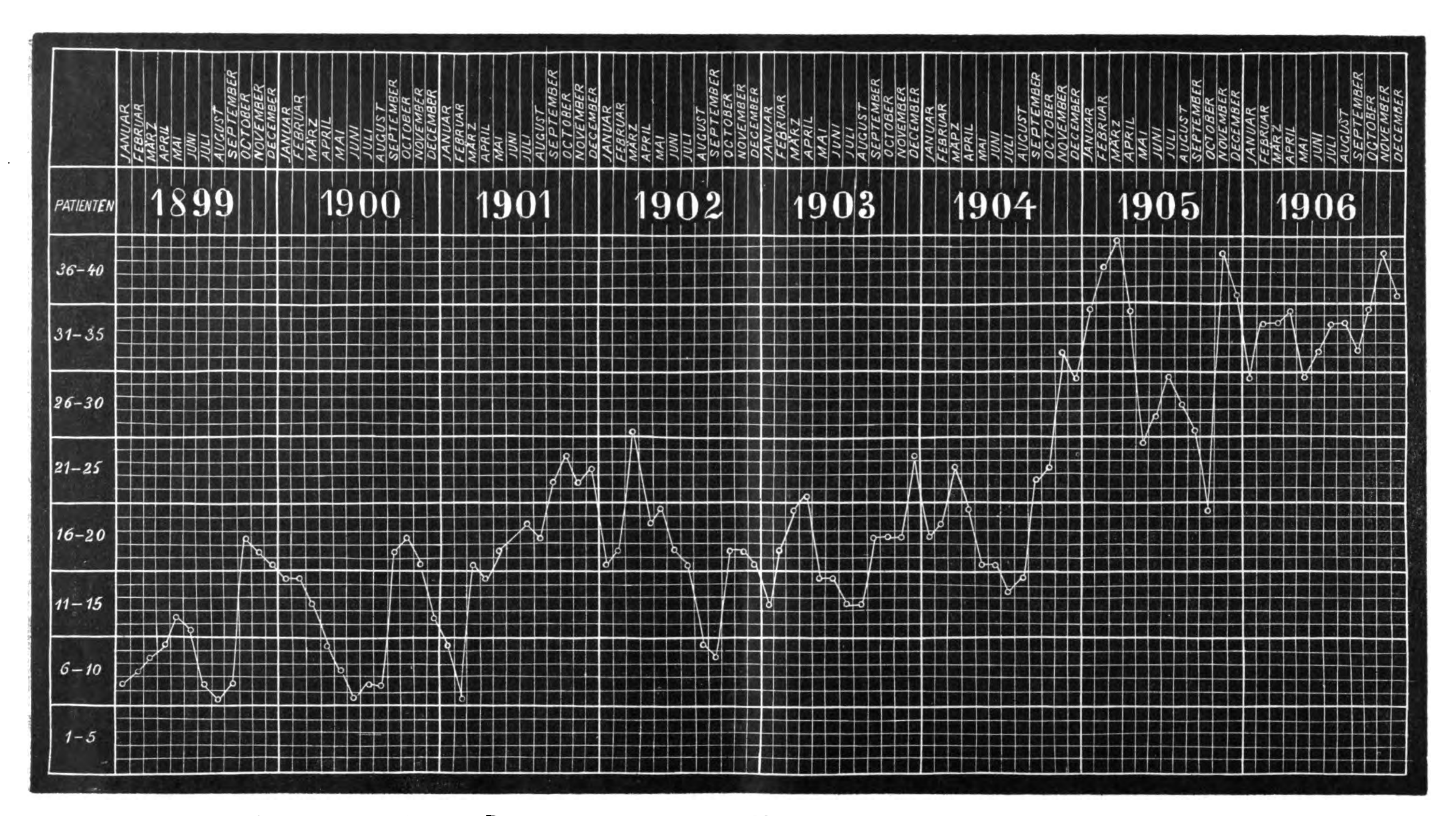
Ueber Nachtschweisse beim Eintritt klagten 51 = 58,6 pCt. gegen 57 = 78,1 pCt. im Vorjahr.

Haemoptoen bei der Anamnese wurden in 48 = 55,2 pCt. gegen 37 = 50,7 pCt. im Vorjahre angegeben; bei sechs, bei welchen früher keine Haemoptoen gewesen waren, traten in der Anstalt welche ein.

Somit waren im Ganzen 54 Lungenbluter = 62,1 pCt. Während der Anstaltskur kamen 11 Mal = 12,6 pCt. (Vorjahr 9 Mal = 12,8 pCt.) Haemoptoen vor, wobei geringe Blutbeimengen, wie sie wohl bei jedem Tuberkulösen ab und zu im Sputum beobachtet werden, nicht gerechnet wurden.

Raucher waren von den 87 Patienten 23 = 26,4 pCt. (Vorjahr 20 = 27,6 pCt.).

In folgenden Tabellen sei die Körperlänge der 87 Patienten gegeben. Die zweite Tabelle enthält dann die Körpergrösse der 54 Lungenbluter:



Dr. Alexander von Pezold. „St. Petersb. med. Wochenschr.“, № 41.

Berichtsjahr: Tabelle I.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
129	—	1	1
138	—	—	—
140	—	—	—
147	—	1	1
148	—	2	2
149	—	—	—
150	—	—	—
151	—	—	—
152	—	2	2
153	—	1	1
154	—	—	—
155	—	2	2
156	1	4	5
157	—	—	—
158	—	3	3
159	2	5	7
160	—	1	1
161	—	4	4
162	1	4	5
163	—	2	2
164	3	1	4
165	3	3	6
166	2	2	4
167	2	3	5
168	1	1	2
169	2	1	3
170	6	—	6
171	2	—	2
172	2	—	2
173	5	—	5
174	—	—	—
175	—	—	—
176	2	—	2
177	5	—	5
178	1	—	1
179	—	—	—
180	1	—	1
181	—	—	—
182	—	—	—
183	1	—	1
184	—	—	—
185	1	—	1
186	1	—	1

Vorjahr: Tabelle I.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
129	—	—	—
138	1	—	1
140	—	1	1
147	—	—	—
148	—	—	—
149	—	1	1
150	—	2	2
151	—	—	—
152	—	3	3
153	—	—	—
154	—	2	2
155	—	—	—
156	—	4	4
157	—	1	1
158	—	4	4
159	—	2	2
160	—	5	5
161	—	3	3
162	1	1	2
163	—	3	3
164	—	—	—
165	3	2	5
166	1	1	2
167	2	3	5
168	2	1	3
169	3	1	4
170	3	1	4
171	2	—	2
172	3	—	3
173	2	—	2
174	—	—	—
175	1	—	1
176	1	—	1
177	3	—	3
178	1	—	1
179	—	—	—
180	1	—	1
181	—	—	—
182	1	—	1
183	—	—	—
184	—	—	—
185	—	—	—
186	—	—	—

Berichtsjahr: Tabelle II.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
129	—	—	—
138	—	—	—
140	—	—	—
147	—	—	—
148	—	2	2
149	—	—	—
150	—	—	—
151	—	—	—
152	—	2	2
153	—	1	1
154	—	—	—
155	—	1	1
156	1	3	4
157	—	—	—
158	—	2	2
159	—	4	4
160	—	—	—
161	—	1	1
162	1	2	3
163	—	2	2
164	2	—	2
165	2	2	4
166	1	2	3
167	1	1	2
168	1	1	2
169	1	—	1
170	5	—	5
171	1	—	1
172	—	—	—
173	3	—	3
174	—	—	—
175	—	—	—
176	1	—	1
177	4	—	4
178	1	—	1
179	—	—	—
180	1	—	1
181	—	—	—
182	—	—	—
183	1	—	1
184	—	—	—
185	1	—	1
186	—	—	—

Vorjahr: Tabelle II.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
129	—	—	—
138	—	—	—
140	—	1	1
147	—	—	—
148	—	—	—
149	—	—	—
150	—	1	1
151	—	—	—
152	—	2	2
153	—	—	—
154	—	—	—
155	—	—	—
156	—	1	1
157	—	—	—
158	—	3	3
159	—	2	2
160	—	3	3
161	—	3	3
162	—	—	—
163	—	3	3
164	—	—	—
165	1	1	2
166	—	—	—
167	1	2	3
168	2	1	3
169	2	1	3
170	—	1	1
171	1	—	1
172	2	—	2
173	2	—	2
174	—	—	—
175	—	—	—
176	—	—	—
177	2	—	2
178	—	—	—
179	—	—	—
180	—	—	—
181	—	—	—
182	1	—	1
183	—	—	—
184	—	—	
185	—	—	—
186	—	—	—

Im Nachstehenden seien die Vergleichszahlen gegeben, welche das Verhältnis der Körperlänge der 87 Patienten zu der der Lungenbluter illustrieren.

Berichtsjahr:

Körperlänge:	Gesamtzahl:	Lungenbluter.
von 129—140 Cm.	1 = 1,1 pCt.	— = — pCt.
„ 141—150 „	3 = 3,5 „	2 = 2,3 „
„ 151—160 „	21 = 24,1 „	14 = 16,1 „
„ 161—170 „	41 = 47,1 „	25 = 28,7 „
„ 171—180 „	18 = 20,7 „	11 = 12,6 „
„ 181—190 „	3 = 3,5 „	2 = 2,3 „

Vorjahr:

Körperlänge:	Gesamtzahl:	Lungenbluter:
von 133—140 Cm.	2 = 2,7 pCt.	1 = 1,4 pCt.
„ 141—150 „	3 = 4,1 „	1 = 1,4 „
„ 151—160 „	21 = 28,7 „	11 = 15,1 „
„ 161—170 „	31 = 42,5 „	18 = 24,6 „
„ 171—180 „	14 = 19,2 „	7 = 9,6 „
„ 181—190 „	1 = 1,4 „	1 = 1,4 „

Entsprechend zeigen dann den Thoraxumfang der 86 gemessenen Patienten (eine Patientin ist nicht gemessen worden) und wiederum der Lungenbluter die beiden nächsten Tabellen:

Berichtsjahr: Tabelle I.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
68	—	1	1
69	—	2	2
70	—	—	—
71	—	2	2
72	—	1	1
73	1	3	4

Vorjahr: Tabelle I.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
68	1	—	1
69	—	1	1
70	—	—	—
71	—	6	6
72	—	2	2
73	1	3	4

Berichtsjahr: Tabelle II.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
68	—	1	1
69	—	2	2
70	—	—	—
71	—	2	2
72	—	1	1
73	1	2	3

Vorjahr: Tabelle II.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
68	—	—	—
69	—	1	1
70	—	—	—
71	—	3	3
72	—	1	1
73	—	—	—

Cm.	Berichtsjahr: Tabelle II. Männl.	Weibl.	Zus.	Cm.	Vorjahr: Tabelle II. Männl.	Weibl.	Zus.
74	—	5	5	74	—	3	3
75	1	3	4	75	—	3	3
76	—	2	2	76	—	3	3
77	—	5	5	77	—	5	5
78	—	5	5	78	—	5	5
79	2	3	5	79	—	5	5
80	1	1	2	80	1	1	2
81	7	1	8	81	2	1	3
82	3	2	5	82	3	1	4
83	6	3	9	83	3	2	5
84	4	—	4	84	1	—	1
85	1	1	2	85	1	—	1
86	5	—	5	86	4	—	4
87	2	—	2	87	1	—	1
88	—	2	2	88	3	—	3
89	2	—	2	89	3	—	3
90	3	—	3	90	2	—	2
91	4	—	4	91	3	—	3
92	2	—	2	92	—	—	—
93	—	—	—	93	1	—	1
94	—	—	—	94	1	—	1

Cm.	Berichtsjahr: Tabelle II. Männl.	Weibl.	Zus.	Cm.	Vorjahr: Tabelle II. Männl.	Weibl.	Zus.
74	—	1	1	74	—	1	1
75	—	2	2	75	—	1	1
76	—	2	2	76	—	1	1
77	—	3	3	77	—	2	2
78	—	2	2	78	—	4	4
79	2	—	2	79	—	5	5
80	1	1	2	80	1	1	2
81	5	—	5	81	—	1	1
82	2	1	3	82	3	1	4
83	3	3	6	83	1	2	3
84	3	—	3	84	1	—	1
85	1	1	2	85	—	—	—
86	1	—	1	86	1	—	1
87	2	—	2	87	—	—	—
88	—	2	2	88	3	—	3
89	1	—	1	89	2	—	2
90	3	—	3	90	1	—	1
91	2	—	2	91	1	—	1
92	1	—	1	92	—	—	—
93	—	—	—	93	—	—	—
94	—	—	—	94	1	—	1

Der Thoraxumfang der 86 gemessenen Kranken stellt sich zu dem der Lungenbluter wie folgt:

Berichtsjahr:

Thoraxumfang:	Gesamtzahl:	Lungenbluter:
von 62— 70 cm.	3 = 3,5 pCt.	3 = 3,5 pCt.
„ 71— 80 „	35 = 40,2 „	20 = 22,9 „
„ 81— 90 „	42 = 48,5 „	28 = 32,2 „
„ 91—100 „	6 = 6,9 „	3 = 3,5 „

Vorjahr:

Thoraxumfang:	Gesamtzahl:	Lungenbluter:
von 62— 70 cm.	2 = 2,7 pCt.	1 = 1,4 pCt.
„ 71— 80 „	38 = 52,0 „	20 = 27,6 „
„ 81— 90 „	27 = 37,0 „	16 = 22,0 „
„ 91—100 „	5 = 6,8 „	2 = 2,7 „

Die Exkursion des Thorax bei tiefem Inspirium und forciertem Expirium:

betrug cm,	Berichtsjahr: bei Männern:	bei Frauen:	Zus.	Vorjahr: bei Männern:	bei Frauen:	Zus.
1	—	1	1	—	—	—
1,5	—	—	—	2	3	5
2	3	1	4	4	1	5
2,5	2	5	7	2	4	6
3	7	5	12	3	11	14
3,5	7	9	16	2	5	7
4	5	9	14	3	7	10
4,5	5	5	10	1	2	3
5	8	5	13	7	5	12
5,5	—	1	1	2	—	2
6	3	1	4	2	1	3
6,5	1	—	1	—	—	—
7	3	—	3	1	1	2
7,5	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	1	1	2
8,5	—	—	—	—	—	—
9	—	—	—	1	—	1
9,5	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—

Die beim Eintritt in die Anstalt bestehenden tuberkulösen Affectionen anderer Organe bestanden in:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Laryngitis	7 =	8,0	6 =	8,2
Tonsillitis	— =	—	1 =	1,4
Pharyngitis	— =	—	1 =	1,4
Lymphadenitis	37 =	42,5	34 =	46,6
Pleuritis	— =	—	1 =	1,4
Orchitis	1 =	1,1	— =	—
Tuberculosis costae III. sinistr.	— =	—	1 —	1,4
Enteritis	4 =	4,6	5 =	6,8
Fistula ani	1 =	1,1	1 =	1,4
Coxitis	— =	—	1 =	1,4
Gonitis	1 =	1,1	— =	—

Weitere Komplikationen nicht tuberkulöser Art waren:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Chlorose und Anämie	57 =	65,5	43 =	58,9
Nervosität	12 =	13,8	10 =	13,7
Labile Vasomotoren	4 =	4,6	4 =	5,5
Menstruale Temperatursteigerung	1 =	1,1	1 =	1,4
Neurasthenie	5 =	5,7	13 =	17,8
Epilepsie	1 =	1,1	— =	—
Neuritis	3 =	3,5	1 =	1,4
Morbus Basedowi	— =	—	1 =	1,4
Struma	— =	—	2 =	2,7
Opstipation	14 =	16,1	8 =	11,0
Magen- u. Darmkatarrh	11 =	12,6	4 =	5,5
Bothriocephalus latus	2 =	2,3	1 =	1,4
Dilatatio ventriculi	— =	—	1 =	1,4
Ptosis ventriculi	2 =	2,3	— =	—
Ikterus	2 =	2,3	3 =	4,1
Nervöse Dyspepsie	— =	—	1 =	1,4
Haemorrhoiden	6 =	6,9	1 =	1,4
Vitia cordis	5 =	5,7	7 =	9,6
Tachykardie	4 =	4,6	13 =	17,8
Arteriosklerose	1 =	1,1	2 =	2,7
Lipoma	1 =	1,1	— =	—
Atheroma mamillae	1 =	1,1	— =	—
Hernia inguinal	2 =	2,3	1 =	1,4
Ren mobilis	1 =	1,1	3 =	4,1
Albuminurie	1 =	1,1	12 =	16,5
Leber- und Milzschwellungen	5 =	5,7	7 =	9,6
Gynäkologische Leiden	5 =	5,7	3 =	4,1

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Akne und Ekzema . . .	1 =	1,1	1 =	1,4
Pityriasis versicolor . .	4 =	4,6	— =	—
Malaria	1 =	1,1	1 =	1,4
Lues und Gonorrhoe . .	1 =	1,1	1 =	1,4
Rhinitis	1 =	1,1	1 =	1,4
Pharyngitis	4 =	4,6	2 =	2,7
Laryngitis	8 =	9,2	8 =	11,0
Häufige Epistaxis . . .	1 =	1,1	1 =	1,4
Polyarthritis	1 =	1,1	— =	—
Decubitus	— =	—	1 =	1,4

Während der Anstaltskur traten folgende Komplikationen und interkurrente Erkrankungen ein:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Laryngitis tub.	— =	—	1 =	1,4
„ simplex . . .	— =	—	1 =	1,4
Darmkatarrh	6 =	6,9	4 =	5,5
Cholethiasis	1 =	1,1	— =	—
Pleuritis	1 =	1,1	3 =	4,1
Pneumonie	— =	—	1 =	1,4
Influenza	6 =	6,9	1 =	1,4
Miliare Ausbreitung . .	1 =	1,1	— =	—
Angina	1 =	1,1	— =	—
Gonitis	1 =	1,1	— =	—
Endomitritis	1 =	1,1	— =	—
Furunculosis	— =	—	1 =	1,4

Zur Behandlung mit Tuberkulin verstand sich im Berichtsjahr nur ein einziger Patient (= 1,1 pCt.) gegen 11 (= 15,1 pCt.) im Vorjahr, wobei als Anfangsdosis mit 0,0005 begonnen wurde.

Die gesamte Gewichtszunahme betrug bei 80 zur Berechnung herangezogenen Patienten in 9031 Kurtagen 1129½ russ. Pfund. Die durchschnittliche Kurdauer dieser 80 Patienten macht 113 Kurtage aus (Vorjahr 121,3 Tage) wobei für den Einzelnen im Durchschnitt sich eine Zunahme von 14,1 russ. Pfund = 5,77 Kilo (Vorjahr 12,4 russ. Pfund = 5,08 Kilo) feststellen lässt.

Die höchste Zunahme betrug 45¾ russ. Pfund = 18,74 Kilo in 216 Tagen (Vorjahr 48 Pfund = 19,66 Kilo in 230 Tagen), die bedeutendste Abnahme 9¾ russ. Pfund = 3,99 Kilo in 261 Kurtagen (Vorjahr 14 Pfund = 5,74 Kilo in 655 Tagen).

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Es hatten zugenommen .	77 =	87,5	60 =	82,1
„ „ abgenommen .	3 =	3,4	8 =	11,0
Gleichgeblieben waren . .	— =	—	1 =	1,4
Das Gewicht konnte nicht bestimmt werden . . .	8 =	9,1	4 =	5,5

Ueber die Gewichtsverhältnisse orientiert folgende Tabelle:

Gewichtsverhältnisse nach russ. Pfd. bis zu	Berichtsjahr: Zunahme	Berichtsjahr: Abnahme	Vorjahr: Abnahme	Vorjahr: Abnahme
1	2	—	2	3
2	2	—	2	—
3	2	—	—	1
4	4	1	3	—
5	7	—	2	—
6	4	1	1	—
7	7	—	6	1
8	6	—	2	—
9	1	—	4	1
10	2	1	4	—
11	1	—	2	1
12	5	—	—	—
13	—	—	3	—
14	2	—	—	1
15	—	—	3	—
16	2	—	1	—
17	4	—	2	—
18	5	—	2	—
19	1	—	2	—
20	3	—	3	—
21	—	—	2	—
22	3	—	3	—
23	2	—	1	—
24	—	—	—	—
25	—	—	—	—
26	1	—	1	—
27	2	—	—	—
28	2	—	—	—
29	2	—	—	—
30	—	—	—	—
31	1	—	1	—
32	—	—	—	—
33	—	—	—	—
34	—	—	1	—
35	—	—	—	—
36	—	—	—	—
37	1	—	—	—
38	—	—	—	—
39	—	—	—	—
40	—	—	2	—
41	1	—	—	—
42	1	—	—	—
43	—	—	1	—
44	—	—	—	—
45	—	—	—	—
46	1	—	—	—
47	—	—	—	—
48	—	—	2	—

Die 60 Fälle, in denen die Anstaltskur ein positives Resultat ergab, hatten bei einer Kurdauer von 7021 Tagen (Vorjahr 6324 Tagen) im Durchschnitt also 117 Tagen (Vorjahr 121,6 Tagen) eine Gewichtszunahme von 1038 russ. Pfund zu verzeichnen, was für den Einzelnen 17,3 Pfund = 7,09 Kilo im Durchschnitt ausmacht Vorjahr 15,8 r. Pfund = 6,47 Kilo.

Bei Beurteilung des Erfolges der Anstaltskur wurde wie in den früheren Berichten als positiver Erfolg bezeichnet, wo eine deutliche Besserung des Lungenbefundes, oder doch, ohne dass sich diese immer mit Sicherheit nachweisen liess, eine wesentliche Hebung des Allgemeinzustandes zu konstatieren war. Bei einzelnen Fällen wurde das Kurergebnis, obgleich das Gesagte zutraf, nicht als positiv notiert, wo hinzugetretene Komplikationen oder Erkrankungen einen Erfolg als fraglich erscheinen liessen. Fälle, bei denen sich das Allgemeinbefinden oft trotz bedeutender Gewichtszunahme nur wenig gehoben hatte, wurde unter negativ gerechnet.

Fassen wir kurz die Ergebnisse zusammen so erweist es sich, dass das Resultat

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
positiv . . .	60 Mal =	69,0	51 Mal —	69,9
gleichgeblieben .	7 „ =	8,0	5 „ =	6,8
fragliche . . .	7 „ =	8,0	4 „ =	5,5
negativ. . . .	13 „ =	15,0	13 „ =	17,8

(davon 1 Patientin plötzlich am Herzschlage verschieden).

Ein interessanter gerichtärztlicher Fall von Tod eines neugeborenen Kindes.

Von

Kreisarzt J. Sadikoff-Talsen.

Am 24. Juni 1908 hatte ich in meiner gerichtärztlichen Tätigkeit die Section eines unehelich neugeborenen Kindes auszuführen und mein Gutachten über den Tod desselben abzugeben. Die Section ergab eine Compliciertheit von Todesursachen, wie sie wohl selten zusammen vorkommt, und ich glaube daher diesen interessanten Fall veröffentlichen zu müssen.

Der Sectionsbefund war kurz folgender: Das Kind, männlichen Geschlechts, hatte ein Gewicht von $5^1/_2$ Pfund und eine Länge von $48^1/_2$ cm. Kopfumfang war 33 c. der gerade Durchmesser 14 cm. Schulterweite 14 cm. Hautfarbe blass, nur am Kopf und den Händen bläulich rot. Panniculus adiposus mässig.

Kopfhaare $^3/_4$ cm. lang. Kindskopfgeschwulst hinten rechts. Ueber dem Schädeldach in den Weichteilen einige verschwommene Blutaustritte. Schädelknochen alle heil, undurchsichtig. Schleimhaut der Augenlider blaurot verfärbt. Nase und Mund ohne Inhalt. Mund halb geöffnet. Zungenspitze zwischen den Gaumen. In der Leistenbeuge etwas vernix caseosa. In der Mitte des Bauches eine rundliche Wunde von der entfernten Nabelschnur, deren Ränder glatt sind. Hoden im Sack fühlbar. Nägel erreichen die Fingerkuppen, Knochenkern in der untern Epiphyse des Oberschenkels 3 mm., blassrosa.

Um den Hals des Kindes ziemlich fest doppelt geschlungen ein wollenes Strumpfband, wie es hier gewöhnlich die Bäuerinnen tragen. Zwischen den beiden Touren des Bandes steht ein Hautwulst hervor. Strangfurche blass, ebenso wie die Umgebung. Im Unterhautzellgewebe sind hier keine Blutaustritte zu finden. Sonstige äussere Verletzungen nicht vorhanden. Bei der inneren Untersuchung war auffällig die relative Blutleere des Körpers und der einzelnen Organe, bes. bemerkenswert war der geringe Blutgehalt der sinus durae matris. Im Rachen und Oesophagus kein Inhalt. Im Kehlkopf etwas gelbweisse, ziemlich zähe Masse. Kein Schaum oder Blutaustritte. Schleimhaut rosafarben. Knorpel heil. Die Lungen mit den übrigen Hals- und Brusteingeweiden schwimmen. Sie sind hellziegelrot, an einzelnen Stellen rotbläulich, Marmorierung überall vorhanden. Luft überall enthalten. Blutgehalt unter normal. In den Bronchien, auch den feineren, etwas weissgelbliche schleimige Masse. Nirgends Ekchymosen. Herz normal, blass, leer, von guter Musculatur, Grösse entsprechend der Faust eines Kindes. Die Gefässe haben wenig flüssiges dunkles Blut. Herzbeutel leer, ohne Blutaustritte. Der Magen ausser etwas hellen Schleimes ohne Inhalt; steht ziemlich senkrecht. Dünndarm hat nur Schleim, im Dickdarm meconium, welches auch aus der Analöffnung ausgetreten ist. Leber 11 cm. lang, 6 breit und $1^3/_4$ dick, glatt, ohne Blutaustritte, ausser der Blutarmut normal, ebenso Gallenblase. Nieren in einer mässigen Fettschicht eingebettet, $5^1/_2$ cm. lang, 2 breit und $1^1/_2$ dick. Milz 4 cm. lang, 2 breit und 1 cm. dick, blutarm, sonst normal. Harnblase voll hellen Harns. Innere Verletzungen nicht zu finden.

Durch die polizeiliche Untersuchung ergab sich, dass die uneheliche, 20-jährige K. M. um 8 Uhr Abends des 19. Juni beim Nachhausewege vom Heuschlage, das Kind geboren hatte und dasselbe heimlich am 22. im Gemüsegarten $2^1/_2$ Fuss tief im Sandboden vergraben hatte. Die K. M. sagte aus, dass ihr schon um 6 Uhr des 19. das Fruchtwasser abgegangen, dass ihr, als sie allein nach Hause ging, plötzlich das Kind herausgefallen sei, wobei die Nabelschnur abriss. Sie habe, als sie zur Besinnung gekommen, dem Kinde, welches ihr tot schien, damit es nicht wieder auflebe, ein Strumpfband um den Hals gebunden, es in ihrer Schürze heimlich nach Hause getragen und später vergraben. Die Nachgeburt sei ihr zu Hause später abgegangen. Bei der Untersuchung der K. M. ergaben sich sichere Anzeichen, dass sie vor ca. 5 Tagen geboren. Dammrisse waren nicht vorhanden, wohl aber frische Schwangerschaftsnarben am unteren Bauche. Die M. ist normal und recht kräftig gebaut. Am Abend des 19. Juni war es recht kalt und windig, jedenfalls nicht über + 7° R.

Aus der Section und dem übrigen Befunde würden sich demnach zunächst folgende Schlüsse ergeben: 1) Das Kind ist nach dem Gewicht, der Länge und dem Knochenkerne zu urteilen, nicht völlig ausgetragen, sondern aus dem Ende des letzten Schwangerschaftsmonats. 2) Da keine Missgestaltungen oder krankhaften Veränderungen der zum Leben notwendigen Organe vorhanden, so wäre das Kind auch als lebensfähig zu betrachten. 3) Das Kind hat auch, wie der Lungenbefund ergiebt, geatmet, also selbständig gelebt. 4) Das Kind ist neugeboren, ist also bald nach der Geburt gestorben. 5) Es hat ein starker Blutverlust stattgefunden, und da keine andere Wunden vorhanden, so kann dieser nur aus der Nabelwunde, welche im Niveau der Bauchhaut liegt, geschehen sein. 6) Das Kind hat offenbar Fruchtwasser und -schleim mit eingeatmet. Der Kopf war im Verhältnis zur Schulterweite klein, und es ist wohl denkbar, dass das Kind bei der Geburt eine Wehenpause lang mit der Schulter in dem Geburtskanale stecken geblieben ist, die Atmung ist ausgelöst worden, und dabei hat das Kind, da es in aufrechter Stellung der Mutter geboren wurde, das sich über sein Gesicht ergiessende Fruchtwasser etc. in Mund und Nase bekommen und mit eingeatmet. 7) Deutliche Erstickungserscheinungen sind nicht nachweisbar. Die Blutaustritte in den Schädeldecken brauchen nicht Zeichen für Erstickung zu sein. Sie kommen erfahrungsgemäss auch bei leichten Geburten vor. Durch das Herausfallen des Kindes sind sie nicht verursacht, da sie an verschiedenen Stellen waren und keine Verletzungen der äusseren Haut zu finden waren. Sie sind nur ein Zeichen dafür, dass das Kind lebte. 8) Die Geburt muss leicht und schnell vor sich gegangen sein, da die Kindslage günstig, das Kind im Verhältnis zur Mutter klein ist, keine Verletzungen der Geburtswege vorhanden und die Mutter normal und kräftig gebaut war und ausserdem die Geburt unbemerkt stattgefunden hatte.

Was die Frage nach der Todesursache, der hauptsächlichen Ursache unserer Obduction, betrifft, so ist diese nicht so einfach mit ein paar Worten zu beantworten.

Aus dem Sectionsbefunde ergiebt sich eine ganze Reihe von Möglichkeiten: 1) Das nicht völlig ausgetragene Kind, dessen Lebensenergie ja schon an und für sich schwächer als normal ist und daher auch günstiger Umstände bedarf, um sein Leben fortzusetzen, ist bei kaltem Wetter, auf offenem Felde, von unerfahrener Mutter heimlich geboren, an Mangel an Pflege eingegangen. 2) Das Kind ist durch die abgerissene Nabelschnur, bis die Mutter nach der Geburt zur Besinnung kam, verblutet. 3) Das Kind ist an Erstickung zu Grunde gegangen. Dass wir hier die sonst gewöhnlichen Symptome, welche ja meist die der Blutverteilung oder Blutaustritte sind, nicht vorfinden, kann durch die relative Blutleere nach der Nabelschnurblutung erklärt werden. Diese Erstickung könnte verursacht sein a) durch das in die Lungen mit der ersten Atmung gedrungene Fruchtwasser und seine Beimischungen bei der durch

die Unreife bedingten Schwäche des Kindes und b) durch die Zuschnürung des Halses durch das Strumpfband.

Es muss die Möglichkeit zugegeben werden, dass jede von diesen 4 Todesarten den Tod des Kindes verursacht haben könnte, aber irgend welche objective Zeichen dafür, welche die prävalierende Rolle gespielt hat, haben wir nicht. Fraglos ist es, dass während das Kind lebte, die 3 ersten Schädlichkeiten d. h. Mangel an Pflege, Nabelblutung und Eindringen von Fruchtschleim in die Atmungswege zusammen auf dasselbe eingewirkt und sich gegenseitig unterstüzt haben, denn jede einzelne wäre vielleicht nicht stark genug gewesen, so schnell den Tod zu verursachen. Was die Zuschnürung des Halses durch das Strumpfband anbetrifft, so können wir nur sagen: „wir haben keine Anzeichen dafür, dass sie geschah, während das Kind noch lebte, doch ist sie als Todesursache nicht unmöglich".

Dem Untersuchungsrichter kommt es jedoch weniger darauf an, woran das Kind gestorben, als daran, wie die Mutter am Tode des Kindes beteiligt war. Letzteres können wir, wie bereits oben des Näheren ausgeführt, in diesem Falle durch die Section nicht nachweisen, und da die Aussagen der Mutter, was den Tod des Kindes anbetrifft, dem Sectionsbefunde entsprechen, resp. nicht widersprechen, so haben wir auch kein Recht, sie nicht gelten zu lassen. Man hätte sich also den Tod des Kindes folgendermassen zu construieren:

Die K. M. hat am 19. Juni ca. 8 Uhr Abends beim Nachhausegehen auf freiem Felde, bei kalter Witterung eine Sturzgeburt gehabt. Dabei hat das Kind Fruchtschleim und -Wasser in die Luftwege bekommen und ist die Nabelschnur an den Bauchdecken abgerissen. Das nicht völlig ausgetragene, also schwächliche Kind hat in Folge der Blutung aus der Nabelschnur, der Behinderung der freien Atmung und des Mangels an Hilfe und Pflege nach der Geburt seinen Tod gefunden. In der Aufregung und im nicht völlig zurechnungsfähigen Zustande hat die Mutter, als sie das Kind leblos fand, ihm, damit es ja nicht wieder auflebe, ein Strumpfband um den Hals geschnürt, darauf das tote Kind aus Schande verheimlicht und im Garten begraben.

In diesem Sinne habe ich denn auch das Gutachten abgeben müssen, nur habe ich ausserdem noch besonders hervorgehoben, dass durch die Section sich keine Zeichen dafür gefunden haben, dass das Strumpfband dem Kinde noch, als es lebte, umgeschnürt worden.

Der Fall bietet ja an und für sich in gerichtärztlicher Beziehung und was das Gutachten anbetrifft, keine grosse Schwierigkeit, verdient es aber, meiner Ansicht nach der Vielseitigkeit des Sectionsbefundes wegen mitgeteilt zu werden.

Referat.

Schwiening. Ueber die Zunahme der Körpergrösse der militärpflichtigen Jugend in einigen europäischen Staaten. Deutsche Militärärztliche Zeitschrift. 37 Jahrgang, 10. Heft (Mai 1908).

Es ist merkwürdiger Weise eine allgemein verbreitete Annahme, dass die europäischen Culturvölker einer körperlichen Degeneration verfallen seien. Dieses Vorurteil hat vielen Pessimisten Grund zu äusserst melancholischen Betrachtungen über die Zukunft der Menschheit resp. der Culturvölker geboten, die sich durchaus nicht mit den Ergebnissen exacter Forschungen decken. Schwiening hat die Ergebnisse der Rekrutierungsstatistik für Deutschland für 10 Jahre (1894—1903) bearbeitet und kommt da zu äusserst interessanten Schlüssen. Die Zahlen beziehen sich auf alle Untersuchten, nicht nur die zum Dienst angenommen. Während 1894/98 von 100 Untersuchten 41,9 eine Körperlänge von weniger als 160,1 Centimeter hatten, fanden sich 1899/1903 nur 40,2 solcher kleinen Leute, dagegen hatte die Zahl derjenigen, die über 170,1 Ctm. Länge besassen um 1,5% zugenommen. Wenn diese Zunahme auch nicht gross ist, so ist sie für einen so kurzen Zeitraum immerhin bemerkenswert, besonders da man auch in den vorhergehenden Jahrzehnten eine beständige Zunahme der Körperlänge hat beobachten können. Dieses Phänomen hat nun nicht nur für Deutschland seine Geltung, sondern nach einer von Myrdacz veröffentlichten Studie auch für Oesterreich-Ungarn, wo sich eine continuierliche Abnahme der kleinen Leute unter 155—165 Centimeter und eine entsprechende Zunahme der über 166 Ctm. grossen nachweisen lässt. Von 1889/93 bis 1904/05 betrug die Differenz 5,7 %. Auch in Italien lässt sich eine Abnahme der kleinen Leute unter 160 Ctm. und eine entsprechende Zunahme der grösseren konstatieren. Das Gleiche gilt in noch höherem Masse für die Niederlande, wo bereits seit Anfang der 60-er Jahre des vorigen Jahrhunderts eine stetige Zunahme der Grösse der jungen Leute beobachtet worden ist, in geringem Masse für die Schweiz. Die statistischen Angaben aus verschiedenen anderen Ländern geben kein statistisch verwertbares Zahlenmaterial. Jedenfalls steht somit fest, dass in mehreren der wichtigsten Culturstaaten Europas eine unbestreitbare Zunahme der Grösse der männlichen Jugend in militärpflichtigem Alter nachzuweisen ist. Schwiening bemerkt richtig, dass, wenn man aus diesen Zahlen auch nicht zu weitgehende Schlussfolgerungen auf eine günstige progressive Entwicklung der Culturvölker ziehen kann (es kommen verschiedene Faktoren in Betracht, die zu berücksichtigen wären, und in den Statistiken nicht zum Ausdruck kommen), sie zum mindesten beweisen, dass von einer Decadenz keine Rede sein kann. Ein bekanntes Factum ist es ja auch, dass Rüstungen aus alter Zeit von Männern der Gegenwart schwer angelegt werden können, sie sind meist zu klein und zu eng für unsere ‹degenerierte› Generation!

W. Schiele.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Handbuch der ärztlichen Sachverständigen - Tätigkeit. Herausgegeben von Prof. Dr. Paul Dittrich, Prag. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller. 1908. VIII. Band, Lieferung 1—3.

Alle Interessenten seien auf den nun vollständig vorliegenden 8. Band dieses gross angelegten Standardwerkes aufmerksam gemacht. Er enthält auf 761 Seiten die forensische Psychiatrie in umfassendster Darstellung, wie sie nur von so bewährten Fachleuten erwartet werden kann, welche vom Herausgeber zur Mitarbeit herangezogen worden sind. Der Inhalt gliedert sich folgendermaassen: J. Fritsch: Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit. Derselbe: Das Wahrnehmungsproblem. Psychologie der Aussage. Derselbe: Der Geisteskranke als Zeuge. F. v. Sölder: Aus dem Strafrecht und dem Strafprozessrecht. J. Berze: Verbrechen und Vergehen von Geisteskranken. Derselbe: Anklagen von Seiten Geisteskranker. C. Moeli: Die Tätigkeit des Sachverständigen bei Feststellung des Geisteszustandes im Civilverfahren. F. Wien: Das österreichische Irrenrecht. A. Tilkowsky: Unterbringung der Geisteskranken in die Behandlung der Irrenanstalt und Privatpflege. Derselbe: Entlassung geheilter und nicht geheilter Geisteskranker aus der Irrenanstalt. Derselbe: Die Reformbewegung im Irrenwesen in Oesterreich. Placzek: Irrenstatistik und Irrenfürsorge. J. Fritsch: Simulation und Dissimulation. Das Berufsgeheimniss. Derselbe: Stellung und Aufgaben des Arztes vor Gericht. G. Anton und Fr. Hartmann: Uebersichtliche Anleitung zur Untersuchung von psychisch Kranken. Ein ausführliches Sachregister macht den Beschluss. Dem Plane des Werkes entsprechend ist leider nur die österreichische und reichsdeutsche Gesetzgebung berücksichtigt worden.

Michelson.

Dr. A. Skutetzky. Die neueren Arzneimittel in der ärztlichen Praxis. Berlin. Verlag von J. Springer. 1908. 379 Seiten.

Prof. Nevinny hat dem kleinen verdienstvollen Werk ein Geleitwort vorausgeschickt, das ausserdem von dem K. u. K. Militär-Sanitäts-Comitée in Wien mit einem Preise gekrönt worden ist. Verfasser hat sich nicht nur mit einer Aufzählung der neuen Arzneimittel begnügt, sondern einen kurzen Bericht über die Wirkungen, Nebenwirkungen, Indicationen und Dosierung eines jeden einzelnen zusammengestellt und jedem Mittel eine Literaturangabe beigefügt, was sehr dankenswert ist. Vielleicht ist die Weglassung der chemischen Constitution nicht als gerechtfertigt zu betrachten, obgleich sie für

den Praktiker von geringem Werte ist. Die Einteilung ist zweckentsprechend, nach dem Alphabet angeordnet finden wir die Kapitel: Anaesthetica, Antidyscrasica, Antigonorrhoica, Antiseptica etc. bis auf Nervina und Varia, denen als letzte Abteilungen künstliche Nährpräparate, organo-therapeutische, Bakterienpräparate und Sera sich anschliessen. Den Schluss bildet ein Verzeichnis der Indicationen und aller angeführten Präparate. Das Buch eignet sich in bester Weise zur Orientierung auf diesem Gebiete und bietet eine sorgfältige referierende Zusammenfassung vieler meist in den verschiedensten Zeitschriften zerstreuten Arbeiten.

W. Schiele.

Protokolle des IV. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 11., 12. und 13. November 1907 zu Reval.

3. Sitzung.

Montag, den 12. November.

1. Dr. Thomson-Reval: «Aetiologie der Lungentuberculose». Referat.

(Der Vortrag ist erschienen in der St. Pet. Med. Wochenschrift Nr 5 1908).

Discussion: Dr. Keilmann-Riga weist darauf hin, dass eine Placentarinfection nicht als einwandsfrei erwiesen gelten kann. Hinsichtlich der Infection des Kindes durch die Mutter muss auseinander gehalten werden die Möglichkeit der Infection durch die Brustmilch und die Uebertragung beim blossen Zusammenleben. Die erstere muss als ausgeschlossen gelten, sofern die Brustdrüse intact ist. Die zweite Möglichkeit liegt selbstverständlich vor. Wenn Gewichtszunahme bei tuberculösen stillenden Müttern ebenso constatiert worden wie Gewichtszunahme bei Stillenden überhaupt, so könnte das Selbststillen tuberculöser Mütter noch von Vorteil sein, und da das Kind durch die Muttermilch nicht gefährdet wird, so muss vorausgesehen werden, dass die vielleicht einzige Contraindication gegen das Selbststillen — die Tuberculose der Mütter — auch noch fallen wird. Absetzen des Kindes von der Brust und Trennung von der Mutter ist nicht für identisch zu halten. Soll das Kind vor Infection seitens der Mutter geschützt werden, so muss es tatsächlich entfernt werden. Wenn es aber bei der Mutter bleibt, so ist es bei Ernährung mit Kuhmilch bei Weitem mehr gefährdet als bei natürlicher Nahrung.

Dr. Sohn-Reval: Meiner Ansicht nach kommt die Möglichkeit der Uebertragung der Tuberculose durch Milch in erster Linie bei Kindern im ersten Lebensjahr in Betracht. Sind doch solche Kinder auch der Infection mit anderen Darmcatarrhe hervorrufenden Bakterien sehr ausgesetzt, während dieselben bei älteren Kindern keinen Einfluss ausüben, wohl weil sie durch einen stärkeren Gehalt des Magensaftes an Salzsäure abgetötet werden.

Dr. Thomson-Reval: Es ist durchaus notwendig, Kinder von ihren tuberculösen Müttern zu trennen. Eine Uebertragbarkeit durch Milch ist ja nicht anzunehmen, wohl aber ist mit der Gefahr directer Inhalationstuberculose zu rechnen.

2. Dr. Haller-Reval: «Moderne Massregeln gegen Verbreitung der Tuberculose». Referat.

(Der Vortrag erscheint in der St. Pet. Med. Wochenschrift).

Discussion: Dr. Treu-Simonis macht im Hinweis auf die von Flügge erwiesene Art der Bacillenverbreitung auf die Gefahr aufmerksam, welche an Lungentuberculose leidende Lehrer für ihre Umgebung, speciell für ihre Schüler involvieren, und stellt als Grundsatz auf, dass ein an nachgewiesener bacillärer Lungentuberculose leidender Lehrer vom Amt zu entfernen ist.

Dr. v. Wistinghausen-Reval: Unter die Pflichten der Landschaftsärzte wäre demnach noch die Untersuchung der Lehrer aufzunehmen.

Dr. Schröppe-Wesenberg glaubt, dass die Entfernung tuberculöser Lehrer vom Amt nicht schwer zu bewerkstelligen sein dürfte, da man blos an ihre Einsicht zu appelieren braucht, indem man ihnen einerseits die Gefahr vorstellt, die ihnen selbst durch die Lehrtätigkeit droht und andererseits den gesundheitlichen Vorteil, der durch einen Wechsel in der Beschäftigung zu erreichen ist. — Dr. S. proponiert: der Vorstand der Estländ. Aerztlichen Gesellschaft möge in Relation treten mit der Verwaltung der Revaler Pferdebahn um die letztere zur Anordnung des Speiverbots in den Waggons zu veranlassen.

Dr. Lockenberg-Luggenhusen: In den Schulen ist streng auf das Speiverbot zu achten. In den Schulen auf dem Lande müsste darauf geachtet werden, dass Speibecken vorhanden sind, welche aber nicht mit Sand gefüllt sein dürfen, sondern mit Wasser, welches immer zu erneuern ist und nicht austrocknen soll.

Dr. Thomson-Reval: Die Anwesenheit von Speibecken nützt noch nichts. Sie müssen auch benutzt werden. Man muss das Publikum dazu erziehen. Das Speiverbot existiert in New-York, wo die Sterblichkeit an Tuberculose um 3000 Menschen im Jahr zurückgegangen ist.

Dr. Sohn-Reval: Ich möchte auf den grossen erzieherischen Wert hinweisen, den die Aufstellung von Speibecken in den Schulen hat. Zugleich müssten die Lehrer natürlich eine entsprechende Erläuterung geben und auf die consequente Benutzung der Speibecken streng achten.

Dr. v. Zur-Mühlen-Riga: In Davos ist die Sterblichkeit der Bevölkerung an Tuberkulose zurückgegangen, seitdem seitens der Commune die strengsten Massregeln eingeführt worden sind, zu denen in erster Linie das Speiverbot, in zweiter die Desinfection der Kranken und Hotelzimmer gehörten.

Prof. Dehio-Dorpat macht darauf aufmerksam, dass nach den in jüngster Zeit von Cornet veröffentlichten statistischen Daten und Curven die Abnahme der Morbidität und Mortalität an Tuberculose in Deutschland nicht sowohl mit der Einrichtung von Sanatorien und Volksheilstätten zusammen fällt, als vielmehr eingesetzt hat und parallel geht mit der von Cornet inaugurierten Beseitigung und Unschädlichmachung des tuberculösen Sputums durch Spuckverbot etc.

Dr. Luig-Kunda proponiert zwecks Schaffung einer bisher fehlenden Tuberculose-Statistik Meldekarten an alle Aerzte (Estlands zunächst) zu verteilen mit der Bitte über jeden Fall von Tuberculose in ihrer Praxis Meldung zu erstatten an die Estl. Landessanitätscommission oder eine andere Centrale. Er erwähnt, dass von den Collegen in Wierland vor einigen Jahren der Versuch gemacht worden sei mit Hilfe von Fragebogen eine Registrierung der in Wierland beobachteten Tuberculosefälle durchzuführen. Leider wurde aus äusseren Gründen die Arbeit in dem Jahre 1904 unterbrochen. Die in Wierland vor 6 Jahren benutzten Fragebogen können als Muster nicht empfohlen werden, weil sie zu viel Fragen enthielten und die Meldung doch möglichst leicht gemacht werden muss. Meldekarten mit genauer Angabe des Namens, Alters, Wohnorts des Patienten und anamnestische Angaben über das event. Vorkommen von Tuberculose in der Familie des Kranken würden genügen. Zu den Pflichten des Landschaftsarztes in Estland gehöre auch die Beaufsichtigung resp. Registrierung der Phthisiker seines Bezirks, er könne dieser Pflicht aber nur in ungenügender Weise nachkommen, weil dazu sein Bezirk zu gross sei.

Dr. Hunnius-Reval erinnert daran, dass eine solche Meldepflicht bei tuberculösen Erkrankungsfällen in Collision geraten könnte mit der Pflicht, das ärztliche Berufsgeheimnis zu wahren und befürchtet berechtigte Reklamationen wegen Berufsschädigung etc.

3. Der Vortrag von Dr. Greiffenhagen fiel aus.

4. Dr. Pangratz-Ludwigsthal: «Die specifische Behandlung der Lungentuberculose mit Koch'schem Alt-Tuberculin» (Der Vortrag ist in der St. Petersb. Med. Wochenschrift Nr. 33—34 erschienen).

Discussion: Dr. Kusick-Reval: Die Tuberculininjectionen sind in der letzten Zeit allgemein anerkannt, und Prof. Sahli betont, dass wir mit ruhigem Gewissen unseren Patienten sagen können, dass wir ihnen durch die Injectionen nicht schaden werden, scil. wenn wir genügend vorsichtig vorgehen. Obgleich es gleichgültig ist, ob wir Alt-Tuberculin oder Marmoreck'sches etc. anwenden, so bevorzugt Sahli doch das Beruneck'sche Tuberculin und zwar weil dasselbe in Lösungen in den Handel kommt, von denen die folgende nur doppelt so stark ist wie die vorhergehende, denn Sahli betont, dass wir leicht Reactionen erhalten, wenn wir mit Lösungen operieren, deren Concentration stark von einander abweicht. Was die Angabe des Vorredners über die zu wählende Anfangsdosis und spätere Steigerung anlangt, so deckt sich dieselbe mit den Angaben von Holdheim, welcher in letzter Zeit seine Injectionen aber auch auf Patienten mit Temperaturen bis 37,8 und zwar mit gutem Erfolge erstreckte. Auch in Russland wird auf diesem Gebiete fleissig gearbeitet. Unlängst las ich in einem politischen Blatte über ein neues Serum von Dr. Neporoshnyi, der im Institut für Experimentalmedicin arbeitet. Ich wandte mich an Prof. Wladimiroff und erhielt von ihm die Mitteilung, dass dieses von Hunden gewonnene Serum zu den schönsten Hoffnungen berechtige; leider fehle es aber dem Intitut an Mitteln, sodass leicht der Fall eintreten könnte, dass das Serum sich sehr gut bewährte, sie aber kein Serum liefern könnten, weil die Mittel zur Herstellung fehlten.

Nun zu den Hetolinjectionen: Ich habe 12 Jahre dieses Mittel angewandt aber niemals unerwünschte Reactionen gesehen, namentlich ist der Beweis noch nicht erbracht, dass Hetol auf gesunde Gewebe wirkt; denn wenn auch scheinbar neue Herde in der Lunge auftreten, so sind diese eben nicht früher diagnosticiert worden, obgleich sie da waren.

Dr. Thomson-Reval macht auf die Pirquet'sche subcutane Impfung zwecks Diagnosestellung aufmerksam, die in einem grossen Procentsatz der Fälle positive Resultate zu haben scheine und einfach auszuführen sei.

Dr. Hirschberg-Riga: Hinsichtlich des biologischen Vorganges der Heilungstendenz der Tuberculose wäre zu bemerken, dass die Leucocytose und Hyperaemie nur vom peripheren gesunden, freilich gereiztem, Gewebe ausgehe. Die begonnene Leucocytose muss auch im Gesunden Fernwirkung haben. Im Uebrigen ist auch locale Tuberculinbehandlung bei Lupus als Controllmethode angeregt worden, nämlich durch Einreiben von Alt-Tuberculin oder durch Tuberculinseife (Unna).

5. Dr. Fick-Petersburg: «Ueber die hypertrophische Form der Darmtuberculose». (Der Vortrag wird im Druck erscheinen).

Discussion: Dr. v. Bergmann-Riga: Die Stenosenerscheinungen bei Tuberculose haben keine characteristischen Eigentümlichkeiten; das Carcinom hat vielleicht häufiger und constanter Blut im Stuhl. — Bei der Differentialdiagnose kommt noch eine Tumorbildung der Ileocoecalgegend in Frage, das ist die chronische, Schwarten bildende Appendicitis. In Praxi können wir diese 3 Tumoren nicht auseinanderhalten und müssen daher in jedem Falle ausgiebig resecieren, Ref. hat 4 derartige Fälle operiert unter falscher Diagnose, der pathol. Anatom konnte nur chronische Appendicitis nachweisen. In 2 oder mehr Fällen enthielt der Proc. vermif. noch Eiter. in einem Falle ein gekrümtes Saatkorn. Alle 4 Fälle sind durch Resection und Vereinigung der Darmenden behandelt worden.

Dr. v. Bornhaupt-Riga: Die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Carcinom des Ileocoecums gehört zu den schwierigsten Capiteln, was in der neuesten Zeit auch von allen Autoren wie Körte, König, Kocher und Anderen betont wird. Ja sogar die pathol.-anatomische Diagnose kann unter Umständen mit grossen Schwierigkeiten verbunden sein. Zu betonen ist aber, dass man gerade während der Operation in eine schwierige Lage versetzt werden kann, wenn das Coecum wegen eines Tumors reseciert werden muss.

Man kann z. B. leicht die Tuberculose mit Gallertkrebs verwechseln, der bekanntlich erst im späteren Stadium Drüsenmetastasen macht. Ich habe bei einem jungen Individuum einen Coecaltumor, der nur wenige kleine Mesenterialdrüsen zur Folge hatte, reseciert, den ich makroscopisch für Tuberculose ansprechen musste, der sich aber bei der pathol.-anatomischen Untersuchung als ein Gallertkrebs herausstellte. Zum Glück wurden die wenigen etwas vergrösserten Mesenterialdrüsen zur Sicherheit mit dem Tumor zusammen entfernt.

Dr. Fick-Petersburg: Ich habe bei der Differentialdiagnose nur das Carcinom berücksichtigt, weil es tatsächlich am häufigsten mit dem tuberculösen Ileocoecaltumor verwechselt worden ist. Die von Dr. v. Bergmann erwähnten appendicitischen Schwarten können tatsächlich sehr ähnliche Bilder geben, ebenso die Aktinomykose. Die Kolik ist natürlich nicht pathognomonisch für die hypertrophische Darmtuberculose, sondern kann bei jeder chronisch sich entwickelnden Striktur zu Stande kommen, doch pflegen die Colikanfälle bei der tuberculösen Stenose ganz besonders deutlich und typisch zu sein.

Dr. v. Wistinghausen demonstriert ein Präparat von Ileocoecaltuberculose, welches vor 14 Tagen durch Resection gewonnen ist. Es zeigt 2 Schleimhautgeschwüre im Ileum und eine enge Stenose an der Bauhini'schen Klappe. Der Patient ist ohne Reaction geheilt und völlig genesen entlassen.

6. Dr. A. von Zur-Mühlen-Riga demonstriert einen ungewöhnlich grossen Stein, welcher sich in der Keilbein u. Oberkieferhöhle eines 35-jähr. Mannes gebildet hatte. Steinbildungen in der Oberkieferhöhle sind im Ganzen nur 5 publiciert worden, während über solche der Keilbeinhöhle bis jetzt ein einwandsfreier Fall nicht vorliegt. Der Stein lässt 2 durch eine tiefe Furche von einander getrennte Hälften unterscheiden, die eine Hälfte, von der Grösse einer etwas abgeflachten Wallnuss befand sich in der Oberkieferhöhle, während der zweite, etwas kleinere und fast kuglige Teil die ganze Keilbeinhöhle ausfüllte. Die Krankengeschichte des seltenen Falles ist kurz folgende: Herr T. erkrankte etwa vor 2 Jahren an eitrigem Ausfluss aus der linken Nasenseite. Aetiologie unbekannt, Lues negiert. Vor 3 Monaten bildete sich eine Fistel im linken Augenwinkel zugleich mit einer zunehmenden Protrusio bulbi. Die Untersuchung, auf deren nähere Details nicht eingegangen werden soll, ergab eine combinierte Höhleneiterung mit Sequestrierung des Siebbeines. Die Operation bestätigte diese Annahme. Stirn- und Oberkieferhöhle waren mit Granulationen angefüllt, das nekrotische Siebbein wurde in toto entfernt. Weiter liess sich nichts nachweisen. Einige Wochen später jedoch, nachdem die äussere Schnittwunde bereits verheilt war, konnte man durch die linke Nasenseite die Anwesenheit eines weissen, harten und beweglichen Körpers nachweisen, dessen Entfernung per vias naturales jedoch nicht möglich war. Erst durch einen erneuten operativen Eingriff konnte unter ziemlichen Schwierigkeiten der erwähnte Stein entfernt werden. Die Heilung ging glatt von statten.

(Der Fall soll in extenso im Archiv für Laryngologie publiciert werden).

(Schluss der III. Sitzung).

---

4. Sitzung.

Montag, den 1. Dezember.

1. Dr. v. Zur-Mühlen-Reval: «Zur Frage der Bekämpfung des Uteruskrebses».

M. H. Seit vielen Jahren und besonders unter dem Einfluss der bekannten Bestrebungen von Prof. Winter-Königsberg ist die Frage der Bekämpfung des Uteruskrebses an der Tagesordnung.

Es ist eine feststehende Tatsache, dass die vielen Recidive. die nach noch so radicalen operativen Eingriffen auftreten, und die wenig ermutigenden Dauerresultate ihren Grund darin haben, dass die weitaus grössere Zahl von Krebskranken sich viel zu spät operieren lässt, d. h. wenn die Symptome der Erkrankunkung schon seit längerer Zeit vorhanden waren.

Auch hier zu Lande sind die Erfahrungen im Ganzen wenig erfreuliche, denn es gehört doch mehr zu den Ausnahmen, wenn sich uns eine Patientin vorstellt mit Carc. uteri im ersten Beginn, wo durch einen operat. Eigriff mit grösster Wahrscheinlichkeit dauernde Heilung erzielt werden könnte, wo es sich wirklich noch verlohnte, die Kranken einer so grossen Gefahr, wie sie die Totalexstirpation doch immerhin mit sich bringt, auszusetzen.

Die Zeit, die ich hier operativ tätig bin, ist eine zu kurze, um Ihnen an der Hand eines grösseren Materials statistische Daten vorlegen zu können.

Von sämtlichen in den Jahren 1904, 1905, 1906 mir in der Poliklinik und Klinik zu Gesicht gekommenen Uteruscarcinomen sind 48 pCt. direct inoperabel gewesen, d. h. Carcinome mit bis an die Beckenschaufel reichendem Exsudat, starkem Uebergreifen auf Blase, resp. Darm oder weiterreichendem Ergriffensein der Scheide, während Fälle mit kleineren parametralen Infiltraten oder nachweisbarer Drüsenschwellung in 40 pCt. zur Operation gelaugt sind. Leider entziehen sich die meisten Patienten der weiteren Beobachtung, und es fällt ungemein schwer, sie zu späteren Controlluntersuchungen zu bewegen. Dieser Umstand verbietet es mir, Ihnen Genaueres über die Erfolge bei diesen Spätoperationen vorzulegen. Die restierenden 12 pCt. aber haben sich im Frühstadium dem Arzt präsentiert und sind bis jetzt wenigstens recidivfrei geblieben. Ich spreche nicht von Dauerresultaten, denn dazu wird ein Zeitraum von 5 jähriger Recidivfreiheit gefordert.

Ich möchte hervorheben, dass zu den Spätoperationen durchaus nicht nur die Landbevölkerung das Material liefert, ein nicht geringer Procentsatz gehört den gebildeten Kreisen an.

Es entspringt aus solchen Erfahrungen ein gefährlicher Pessimismus in der Krebsfrage, weil er uns zu leicht zum Aufgeben des Kampfes verleiten könnte, wie es in Frankreich Pozzi und Segoud getan haben, die die Carcinomoperation überhaupt für bankerott erklärten.

Auf die Gefahr hin m. H. Specialcollegen ein wenig mit Bekanntem zu langweilen, richte ich mich in der Hauptsache an die Hausärzte und die Collegen vom Lande, wenn ich Ihnen nachstehend kurz referiere, wie in Deutschland schon seit Jahren der Kampf mit dem Uteruskrebs auf Anregung von Prof. Winter geführt wird, in der Hoffnung, dass der Aerztetag auch in dieser Frage Stellung nimmt und bei uns in Estland vielleicht in ähnlicher Weise vorzugehen beschliesst.

Halten wir an der Hauptsache fest, dass der Kerbs in seinem ersten Stadium ein rein locales Leiden ist, so folgt daraus, dass er in diesem Stadium erkannt und operiert werden muss. Um so weit zu kommen, versuchte W. in jedem Fall und bei jeder Form des Krebsleidens die Ursache der Verschleppung festzustellen und dann die einzelnen Factoren welche sich dabei als Hemmnis für die Frühoperation ergeben, zu bekämpfen. Als solche Factoren ermittelt W. folgende 3.

1) Mangelnde Sachkenntnis und Sorglosigkeit der Hausärzte,
2) Gewissenlosigkeit der Hebammen.
3) Verhalten der Frauen selbst.

M. H. von 100 krebskranken Frauen werden nach der W. Statistik 10 dauernd geheilt. Allen Zweiflern an der

Heilbarkeit des Uteruskrebses muss diese Thatsache zunächst den absoluten Beweis geben, dass der Uteruskrebs durch Operation überhaupt heilbar ist. Man kann sogar behaupten, dass für jeden Krebs ein Moment besteht oder bestanden hat, wo er durch einen radicalen Eingriff hätte dauernd beseitigt werden können; denn der Uteruskrebs ist ein Leiden, welches zunächst an einer umschriebenen Stelle sich entwickelt, daher muss es in erster Linie unsere Aufgabe sein, den Krebs zur Operation zu bringen, bevor er sich weiter ausgebreitet hat. Zur Frühoperation gehört sich aber die Frühdiagnose, diese aber kann nicht gestellt werden, wenn nicht in jedem Fall, wo nur der geringste Verdacht auf Carcinom besteht, principiell die innere Untersuchung vorgenommen, ja womöglich errungen wird.

Der Krebsverdacht aber gründet sich, wie bekannt, auf gewisse Symptome: es sind Blutungen nach dem Beischlaf, Blutungen in der Menopause, unregelmässige, garnicht an den Typus der Menses gebundene Blutungen, blutig-wässeriger, sog. fleischwasserähnlicher Ausfluss, übelriechender Ausfluss, seltener Schmerzen. Jedoch die Symptome allein geben noch keine Sicherheit. Für die beginnenden Carcinome, seien es Portio-, Collum- od. insbesondere Corpuscarcinome, wird bis auf Weiteres die anatomische Diagnose nicht zu entbehren sein, diese aber besteht in der Beschaffung des verdächtigen Materials, mittelst Probeexcision resp. — Curettement und dem Zuratezieben des Microscops.

Auf dem letzten Naturforschercongress in Dresden berichtete Kelling über serologische Untersuchungen bei Carcinom und constatierte, dass durch dieselben in einer gewissen Anzahl von Fällen «Krebs» diagnosticiert werden konnte, ohne dass andere Symptome auf diese Krankheit hingewiesen hätten. Vielleicht werden diese Untersuchungen, über die ich Ihnen Näheres mitzuteilen leider nicht in der Lage bin, in Zukunft allgemeine und erfolgversprechende Anwendung finden, zur Zeit ist diese Frage noch nicht spruchreif. Unser Standpunkt lautet: Nur nicht abwarten und beobachten, um auf die richtige Diagnose zu kommen, die sichere Diagnose muss bei allen auf Krebs verdächtigen Fallen innerhalb einiger Tage erzwungen werden.

Als diagn. Hilfsmittel für die Praxis in gebildeten Kreisen möchte ich noch die von Seigneux-Genf eingeführten sogen. Blutungstabellen erwähnen, welche im Laufe eines Jahres das ganze gynaecol. Leben der anvertrauten Kranken graphisch wiedergeben. Eine in dieser Weise von der Pat. sorgfältig ausgefüllte Tabelle ermöglicht eine genaue Controlle über die Regelmässigkeit der Menstruation sowie über deren geringste Functionsstörung und das eventuelle Auftreten atypischer Blutverluste. Es handelt sich blos darum, den Patientinnen genau einzuschärfen jeden noch so kleinen typischen oder atypischen Blutverlust regelmässig einzuschreiben und die Tabelle dem Arzt zu einer bestimmten Zeit vorzulegen.

Ich gehe nun zum 2. von Winter aufgestellten Punkt über. Das weibliche Publikum sieht häufig in der Hebamme den weiblichen Doctor und wendet sich daher mit all' seinen Unterleibssorgen an diese, namentlich wenn diese bei Geburten schon früher erfolgreichen Beistand geleistet hat. Da nun die Hebammen vom klinischen Bilde des Krebses nichts verstehen, so werden sie denselben auch nicht erkennen, werden aber nicht die Kranke an den Arzt weisen, sondern den eigenen wohlgemeinten aber schlechten Rat erteilen.

Es fragt sich nun, um einer Verschleppung auf diesem Wege entgegen zu treten, ob den Hebammen die Untersuchung gynäcol. Kranker überhaupt verboten werden soll. Die einzige mögliche Antwort lautet: ja. Die Untersuchung von Seiten der Hebamme ist direct gefährlich, denn hat sie mal die betreffende Patientin besucht, so wird sie in jedem Fälle auch ein Urteil abgeben wollen, und dieses wird in allen beginnenden Krebsfällen «günstig» oder «abwarten» lauten und die Verschleppung ist da. Daher sollten die Hebammen angewiesen werden, in allen gynäcol. Fällen die Kranke an den Arzt zu weisen, ohne selbst zu untersuchen. Wie bringt man ihnen diesen Standpunkt bei? — In erster Linie im Hebammenunterricht; sie sollen wohl über Bedeutung und Erscheinungen, nicht aber des Genaueren über die Diagnose des Uteruskrebses aufgeklärt werden — wie solches Seigneux in seinem Lehrbuch bereits getan hat.

Um aber an die in der Praxis stehende Hebamme heranzutreten, versandte W. ein Flugblatt, in dem in fasslicher Weise der eben skizzierte Standpunkt klargelegt wurde. Ich übergehe die genaue Inhaltsangabe desselben, da es nur zu Wiederholungen führen würde und wende mich an die dritte und schwierigste Frage: Das Verhalten des Kranken selbst.

Unendlich viel wichtiger, als die von Seiten der Aerzte und Hebammen verschuldeten Verschleppungen sind die Sünden der Frauen, gegen ihren eigenen Körper. Das fehlerhafte Verhalten der Kranken steht unseren Heilbestrebungen in erster Linie entgegen — der ärztliche Rat wird zu spät eingeholt und der Rat zur Operation wird garnicht oder zu spät befolgt.

Die Schuld aber an diesem «zu Spät» trägt die Kranke und nicht der Krebs, d. h. wenn die Frauen nur im ersten Monat nach Auftreten der verdächtigen Symptome sich an den Arzt wenden wollten, so hätten sie viel gewonnen; — nach der Winter'schen Statistik sind es in Ostpreussen 87 pCt. welche länger als nötig warten, was sich ungefähr mit meiner kleinen hiesigen Statistik decken würde. Und woran liegt es, dass so viel Zeit versäumt wird?

Nun zum grossen Teil doch wohl an der Unkenntnis der ersten Symptome am unseligen Optimismus, «es wird schon von selbst wieder besser werden», an der Indolenz und Gleichgiltigkeit, zumal bei der Landbevölkerung; andere Gründe, als Schamgefühl, Furcht vor Untersuchung, Mangel an Zeit etc. treten mehr zurück.

«Erst wenn eine jede Frau weiss, dass der Krebs durch eine Operation heilbar ist und zwar nur dann, wenn unmittelbar nach den ersten Symptomen operiert wird; erst wenn jede Frau die ersten Symptome desselben kennt, und wenn jede Frau es als Pflicht gegen sich und ihre Angehörigen betrachtet, sich bei den ersten verdächtigen Symptomen ärztlich untersuchen zu lassen, — erst dann sind wir am Ziel».

Dies Ziel aber kann nur erreicht werden durch Belehrung der Frauen über die ganze Krebsfrage und besonders über die ersten Anzeichen desselben.

Nach langem Denken und Ueberlegen hat Prof. W. den Weg der Aufklärung der Frauenwelt durch die Tagespresse beschritten und er ist überzeugt, richtig gehandelt zu haben. Der einzige sachliche Grund, welchen man dieser Form der Belehrung entgegenhalten kann, ist der, dass dieselbe eine weitgehende Beunruhigung der Leserinnen erzeugen müsse. Doch liesse sich durch einen günstigen Bescheid Beruhigung erzielen mit Ausnahme der hysterischen und zur Hypochondrie neigenden Patientinnen. Dass sich bei diesen eine gewisse Krebsangst einnisten werde, sah W. voraus, doch sagte er sich, dass der Schade für dieselben, wenn sie ein Symptom ihres Leidens mehr haben, gering sei im Vergleich zum Nutzen, den eine solche Belehrung stiften muss. Die Furcht vor Beunruhigung darf daher nicht abschrecken.— Andere Gründe, die dagegen gehalten werden, wie z. B., das die öffentliche Belehrung in genitalen Fragen auch der höheren Tochter in die Hände fallen kann, sind zu kleinlich, um entkräftet zu werden; wenn man auch solche Dinge unreifen Ohren vorenthalten muss, so soll doch das reife Mädchen und die Frau die natürlichen Vorgänge im Unterleib und die Abweichung von der Norm kennen. Breite Oeffentlichkeit mit Schonung des Schamgefühls kann nur Segen stiften, mit prüder Verschwiegenheit kommt man nicht vorwärts. Das Licht der Oeffentlichkeit kann unserer Wissenschaft und dem Heile der Kranken nur förderlich sein.

M. H. Ich habe mit vorstehendem Referat bezweckt, die Frage der Bekämpfung des Uteruskrebses anzuregen, in der Hoffnung, dass auch hier bei uns, und zwar nach Möglichkeit in Gemeinschaft mit den Chirurgen in ähnlicher Weise vorgegangen werden möge wie Winter und Andere es in Deutschland mit Erfolg versucht haben. Ich bin überzeugt, dass dann auch hier, wenn auch langsam und sehr allmählich, mehr und mehr Frühformen des Krebses zur Operation kommen werden.

Ich beantrage daher, eine Commission zu wählen, deren Aufgabe es wäre, über Art und Form des Kampfes schlüssig zu werden und den Inhalt der event. Flugblätter auszuarbeiten.

Wenn die Gesammtheit der Estl. Aerztl. Gesellschaft dem unheilstiftenden Feinde den Krieg erklärt, werden dessen Hülfstruppen — die ich kurz zu charakterisieren versucht habe — eher zurückweichen, als wenn nur ein Einzelner für die gute Sache eintritt.

Discussion. Dr. v. Knorre-Riga constatiert, dass er die gleiche Erfahrung an seinem Material macht, die vom Redner bekanntgegeben. Ja, ihm will es scheinen, als ob er noch weniger Fälle von Carcinoma uteri im Anfangsstadium zur Operation bekomme, etwa nur 5 pCt. aller Fälle. Da nun nur eine Frühoperation noch unserem jetzigen Stande der Wissenschaft eine Aussicht auf dauernde Heilung giebt, möchte er darauf hinweisen, dass die von Dr. v. Zur-Mühlen vorgeschlagenen Massnahmen weitgehendste Berücksichtigung finden sollten; die am meisten hier in Betracht kommende Hilfe kann durch die praktischen Aerzte geschehen, indem sie einerseits das Publikum aufklären andererseits sich gegenüber den Klagen von Frauen über Blutungen und blutigen Ausfluss nicht indolent verhalten sondern die Kranken entweder selbst untersuchen oder sie einem Spezialcollegen überweisen. Desgleichen sollen die Hebammen über die der Frau drohende Gefahr des Uteruskrebses unterrichtet werden, und es ist ihnen einzuschärfen, welche Verantwortung sie auf sich laden durch leichtsinniges Trösten mit den «Jahren der Climax, wo derartige Erscheinungen häufig seien». Dr. v. Knorre ist auch dafür, den Hebammen die Untersuchung bei Frauenkrankheiten zu untersagen, wenngleich er sich davon gar keinen Erfolg ver-

spricht, da sie doch untersuchen werden, sei es um sich selbst den Schein des Wissens zu geben, sei es gezwungenermassen, da es von der consultierenden Frau verlangt wird. Dr. v. Knorre proponiert, in den Städten Reval, Riga, Dorpat etc. Centren zu errichten, wohin die Collegen das bei Abrasio, Excisionen etc. gewonnene Untersuchungsmaterial senden können, behufs microscopischer Diagnosenstellung.

Dr. Keilmann-Riga teilt mit, dass seiner Ansicht nach der einzige Gesichtspunct für den Hebammenunterricht der ist, die Folgen des Versäumnis in Carcinomafällen möglichst eindringlich zu schildern, um die Verantwortlichkeit nach dieser Richtung hin aufs äusserste zu schärfen; von jedem Unterricht in der Tastung muss abgesehen werden.

Auf eine Anfrage hin erklärt Dr. v. Zur-Mühlen: Jede einzelne Blutungstabelle umfasst den Zeitraum eines Jahres und es ist so gedacht, dass die Hausärzte ihren Patientinnen diese Tabellen zur Ausfüllung übergeben, auch ohne dass ein Krebsverdacht besteht. Die Tabellen dienen der Kontrolle.

2. Dr. Keilmann-Riga: Appendicitis und Oophoritis. (Der Vortrag wird im Druck erscheinen).

Discussion:

Dr. v. Knorre-Riga: Mit den Ausführungen des Vortragenden stimme ich vollständig überein. Es genügt nicht die alleinige Aufnahme des Tastbefundes, es muss das diesen Tastbefund erklärende ätiologische Moment gefunden werden. Hierzu ist eine sorgfältige Anamnese dringend nötig; diese weisst uns oft schon darauf hin, wo die Ursache zu suchen ist, worauf wir nachher bei unserer objectiven Untersuchung besonders zu achten und wie weit wir überhaupt den Klagen der Pat. über Beschwerden im Unterleib Gewicht beizulegen haben und wie weit diese nicht der Ausdruck einer Hysterie und Neurasthenie sind. — Bei Virgines können wir die Aetiologie entzündlicher Erkrankungen wohl fast ausschliesslich in Erkrankungen des Appendix sehen und wir werden bei anderen derartigen Erkrankungen, wie auch sonstigen besonders an der rechten Seite sich bei verheirateten Frauen abspielenden entzündlichen Affectionen, für die ein operativer Eingriff erforderlich sein sollte, diesem aetiologischen Moment Rechnung tragen und statt der eine Zeitlang so empfohlenen vaginalen Operationen die Laparotomie zu setzen haben, um uns Einblick in den Zustand des Wurmfortsatzes zu verschaffen. Die event. neben der Behandlung der Unterleibsorgane erforderliche Entfernung des Appendix compliciert nicht im geringsten den operativen Eingriff. Es verlaufen diese Laparotomien ebenso glatt wie die, wo die Appendix nicht entfernt wurde.

Dr. Keilmann-Riga: Dass College Knorre seine Stellung zur Frage hier wie oben betont, nehme ich gern als Unterstützung für unsere Bestrebungen mit sorgfältiger Berücksichtigung der Frage, ob die Klagen der Pat. nicht auf eine Appendicitis bezogen werden können, manche «Oophoritis» auszuschalten, die Pat. vor unnützer Behandlung zu schützen und den richtigen Weg zu gehen. Wenn man nicht im Tastbefunde und in der Aetiologie ein klarliegendes gynäkologisches Leiden vor sich hat, muss man stets eine Appendicitis ausdrücklich ausschliessen, ehe man dennoch eine Erkrankung der Beckenorgane annimmt.

Auf Vorschlag von Dr. Schwarz-Riga wird an Geheimrat Stieda nach Königsberg ein Glückwunschtelegramm in Anlass seines 70. Geburtstages abgesandt.

3. und 4. Die Vorträge von Dr. Meyer-Dorpat und Dr. Hoerschelmann-Pernau fielen aus.

5. Dr. Baron Keyserlingk-Reval: Geburten im künstlichen Dämmerschlaf. (Der Vortrag ist in der St. Pet. Med. Wochenschrift (Nr. 21) erschienen).

Discussion: Dr. Keilmann-Riga bittet die anwesenden Neurologen resp. Psychiater um Aeusserungen darüber, wie weit die sog. Merkfähigkeit zur Grundlage der Beobachtungen resp. der Methode dienen kann. Auf der letzten Naturforscherversammlung seien derartige Einwendungen gemacht worden. Auch scheine ihm eine Mitteilung über den Wert der erhältlichen Präparate wünschenswert.

Dr. v. Knorre-Riga weist darauf hin, dass, wie Redner hervorgehoben, die Anwendung des Morphium-Scop.-Dämmerschlafes nur in Anstalten möglich ist, wo die stetige Ueberwachung der Kreisssenden durch einen Arzt oder zum mindesten durch eine darauf eingeübte und erfahrene Hebamme gewährleistet wird. Der Grund für die Notwendigkeit dieser stetigen Ueberwachung liegt in der Unzuverlässigkeit der Scopolaminpräparate, wodurch einerseits leicht Ueberdosierung andererseits leicht ein vollständiges Versagen vorkommen kann. Diese stete Ueberwachung der Kreissenden in der Privatpraxis durchzuführen ist kaum möglich, so dass man sich für diese nach einem Mittel umsehen muss, das constant in seiner Wirkung ist und eine gleich wirksame Herabsetzung des Wehenschmerzes und günstige Beeinflussung der Geburt leistet. Dies Mittel ist nach Dr. v. Knorres Ansicht das Morphium, von dem er in dafür indicierten Fällen ausgiebigen Gebrauch macht und das ihm fast stets die besten Resultate gegeben hat.

Dr. Kusmanoff-Reval: Da ich selbst in Freiburg in Scop.-Morph.-Stovain-Anästhesie operiert worden bin, kann ich nicht umhin, die Collegen auf die äusserst unangenehme Nachwirkung dieser Anästhesie aufmerksam zu machen. Ich habe 6 Tage nach der Operation mich mit den unangenehmsten Hallucinationen gequält, bei vollkommen klarem Bewusstsein. Erst nach 6 Tagen erkannte ich den Raum, in dem ich lag, als mein Zimmer wieder, in dem ich bereits 16 Tage mich befunden hatte. Um den Kreissenden die Wehenschmerzen zu verringern, sollte man die Wöchnerinnen nicht diesem oben geschilderten Zustande zuführen.

Dr. Hunnius hält einen Dämmerzustand während der Geburt mindestens für überflüssig, weil den Menschen im Interesse ihrer characterlichen Entwickelung ein zeitlich begrenzter und unschädlicher Schmerz nur nützlich sein kann. Bedenklich wird aber die Anwendung von Mitteln zur Milderung physiologischer Zustände, sobald auch nur die kleinste Schädigung des betreffenden Individuums oder im vorliegenden Falle des Kindes zu befürchten ist.

Dr. Schwarz-Riga: In Bezug auf die Verschiedenheit der Wirkung des Scopolamin-Morph. ist nicht nur die Verschiedenheit der Präparate sondern wohl in Besonderem die Verschiedenheit der Individualität der Kreissenden zu betonen. Was die Anwendung von Narcoticis überhaupt anlangt, so sei dieselbe doch für physiologische Geburten nicht immer zu befürworten. All zu weit gehende Humanität hat wie jede Uebertreibung noch immer schlimme Folgen gehabt. Die umsichgreifende Willensschwäche und Energielosigkeit wird durch die all zu leicht bereitwillige Darreichung von Narcoticis nicht in richtiger Art bekämpft. Bei nicht widerstandsfähigen, reizbaren Individuen und bei pathologischen Geburten dürfte sich die Anwendung von Narcoticis rechtfertigen.

Dr. Keilmann-Riga: Die Frage über die Berechtigung, Geburtsschmerzen zu lindern, könnten wir wohl nur dann beantworten, wenn wir wüssten, welchen physiologischen Zweck die Schmerzen haben. Im Uebrigen muss ich eine Geburt, deren Vorgang sich innerhalb der nach unseren Kenntnissen physiologischen Grenzen abspielt, für das wünschenswerte halten, und wenn ich Morphium anwende, so tue ich es im Princip doch nur auf Indication pathologischer Empfindlichkeit, fehlerhaftem Wehenverlauf etc. Chloroform wird von Kreissenden ohne jede Schädigung vertragen, doch möchte man nicht stundenlang Chloroform einwirken lassen. Wichtiger noch ist die Frage, wie tief die Narcose sein soll: vollkommene Lähmung (auch motorische), hindert den Verlauf der Geburt; halbe Narcose (Aufhebung des hemmenden Einflusses des Schmerzes) lässt zum Schluss leicht grosse Verletzungen zu Stande kommen, weil die Bauchpresse ungehemmt wirkt.

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Am 5. October fand hier die officielle Einweihung und Eröffnung der „Ersten St. Petersburger privaten Hebammenschule und Gynaekologischen Klinik von Dr. med. N. D. Korolew statt. Die Schülerinnen, die den Kursus dieser Schule absolvieren, erhalten das Zeugnis einer Hebamme zweiten Grades und einer Pockenimpferin mit allen Rechten, die diesem Grad im ganzen Reich zuerkannt sind. Die Lehrfächer der Schule sind folgende: Anatomie, Physiologie, Pharmakologie, Pflege der Neugeborenen, Kinderkrankheiten, Geburtshilfe, Gynaekologie und erste Hilfeleistung bei plötzlichen Unfällen. Die Zahlung für den Besuch der Hebammenkurse allein beträgt 15 Rbl. monatlich, mit den Impfkursen zusammen — 18 Rbl.

— Am 5. October c. wurden in der hiesigen Augenheilanstalt (Mochowaja 38) einige neue Räume eingeweiht. Die durch den Aufbau eines neuen Stockwerkes auf einem Hofflügel in verschiedenen Teilen des Hauses ermöglichten Neueinrichtungen und Verbesserungen betreffen hauptsächlich die Separatzimmer II. Classe, das Laboratorium, das Wäschedepot und einige kleinere Dienstwohnungen. Die Einweihungsfeier trug einen internen Character. Nach dem Weihegottesdienst vereinigte ein Frühstück das Anstaltspersonal in der Wohnung des Directors.

— Vom 7. bis zum 8. October erkrankten in St Petersburg an der Cholera 27 Personen, starben 12, genasen 63, verblieben in Behandlung in den Hospitälern 641.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in der Stadt in der Woche vom 14. bis zum 20. September 1796 Personen. Darunter: Typhus abd. 143, Typhus exanth. 2, Febris recurrens 64, Pocken 4, Cholera 1232, Windpocken 3, Ma-

sern 46, Scharlach 42, Diphtherie 90, acute Magen-Darmerkrankungen 163, andere Infectionskrankheiten 7.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11944 (gegen 11061 in der vergangenen Woche). Darunter Typhus abd. 646, Typhus abd. 2, Febris recurrens 181, Scharlach 129, Cholera 1589, Diphtherie 156, Masern 47, Pocken 12, Crupöse Pneumonie 110, Tuberculose 333, Influenza 192, Erysipel 46, Keuchhusten 18, Lepra 1, Hautkrankheiten 41, Syphilis 443, venerische Krankheiten 376, acute Erkrankungen 1622, chronische Krankheiten 1430, chirurgische Krankheiten 1150, Geisteskrankheiten 3198, gynaekologische Krankheiten 162, Erkrankungen des Wochenbetts 35, verschiedene andere Krankheiten 25.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in der Stadt betrug während derselben Woche 1496 + 46 Totgeborene + 78 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter: Cholera 674, Tuberculose der Lungen 108, Tuberculose der anderen Organe 29, katarrhalische Lungenentzündung 68, crupöse Pneumonie 17, Typh. abd. 43, Typh. exanth. 1, Pocken 1, Masern 12, Scharlach 8, Diphtherie 21, Keuchhusten 9, Erysipel 3, Influenza 7, Pyämie u. Septikaemie 9, Puerperalfieber 1, Dysenterie 1, Magen-Darmkatarrh 79, andere Magen- u. Darmkrankheiten 65, Alcoholismus 13, angeborene Schwäche 39, Marasmus senilis 33, andere Todesursachen 255.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie	
				Erkrankten	Starben
	v. 28. Sept. bis z. 4. Oct.				
St. Petersburg mit den Vorstädten	418	193	24. Aug.	7317	3010
	v. 27. Sept. bis z. 2. Oct.				
Stadt Kronstadt	20	12	31. Aug.	185	82
	v. 26. Sept. bis z. 3. Oct.				
Gouv. St. Petersburg (ohne die Residenz mit d. Vorstädten)	49	22	27. »	319	119
Gouv. Olonez, Kreis Lodeinoje Pole	2	2	19. Sept.	4	3
» Wologda, Stadt Kotlas	1	—	22. »	2	—
Stadt Archangelsk	47	17	21. »	59	23
Kreis Archangelsk	2	—	29. »	2	—
Gouv. Livland	11	4	11. »	32	17
» Astrachan	5	5	8. Juli	1716	836
» Ssaratow	89	43	8. »	1425	806
» Ssamara	42	23	8. »	1331	618
» Ssimbirsk	25	21	18. »	259	112
» Nishnij-Nowgorod	14	8	24. »	745	326
» Kasan	2	—	23. »	236	113
» Kostroma	1	1	2. Aug.	229	114
» Jaroslaw	29	10	6. »	317	152
» Twerj	12	6	10. »	63	35
» Ufa	1	—	28. Juli	63	32
» Wjatka	4	3	13. Sept.	6	5
» Rjasan	2	2	24. Aug.	40	20
» Pskow	5	4	30.	26	14
» Tambow	1	—	22. »	114	55
» Charkow	1	—	26. Juli	9	5
» Poltawa	2	2	19. Aug.	98	55
» Kiew	29	9	12. »	685	206
» Tschernigow	10	2	23. »	32	11
» Jekaterinoslaw	108	65	3. »	925	436
» Cherson	4	2	27. »	42	17
» Taurien	14	6	13. »	58	31
Stadthauptmannschaft Kertsch-Jenikale.	15	6	13. »	100	52
Stadthauptmannschaft Rostow a. Don	10	5	19. Juli	1164	526
Gebiet der Don-Kosaken	102	73	22. »	2694	1270
Kuban-Gebiet	220	133	26. »	1181	673
Terek-Gebiet	93	27	13. Aug.	213	91
Stadthauptmannschaft Baku	10	7	25. Juli	203	108
Gouv. Jelisawetpol	65	39	30. Aug.	40[illegible]	254
» Tiflis	6	4	6. »	172	99
Gebiet Akmolinsk	17	8	29. »	103	46
Gouv. Tomsk	80	52	14. Sept.	160	90
Fergana-Gebiet, Stadt Kokand	3	3	25. »	3	3
Im Ganzen	1571	819		22640	10465

Rechnet man hierzu die Orte, wo die Cholera schon erloschen ist, so ergeben sich folgende Zahlen vom Beginn der Epidemie: es erkrankten 24186, starben 11246 Personen.

— Im Gouv. Taurien ist es unter den Bauern zu Ausschreitungen gegenüber den Feldschern und Sanitätsdienern an den Cholerabaracken gekommen. In einem Dorf beschloss die Gemeinde, die Baracke zu schliessen und die Feldscher zu verjagen, da seit ihrer Ankunft dort die Cholera ausgebrochen sei (!). Alle Ueberredungen des Arztes halfen nicht. Der Cholerapunct musste geschlossen, die Feldscher und Diener entfernt werden. Der «Russkij Wratsch», dem wir diese Mitteilung entnehmen, beschliesst sie mit den Worten: «Du armes, dunkles, hungriges Russland».

— Ueber einen seltenen Fall von Langlebigkeit berichtet die St. Petersb. Ztg.» (5/X). Es handelt sich um einen Veteran aus der Zeit des Befreiungskrieges gegen Napoleon, den verabschiedeten Wachtmeister des Dragonerregiments des Königs von Würtemberg — Andreas Schmidt, der am 5. Sept. 1772 geboren und am 6. Aug. aus der Soldatenschule in das Revaler Bataillon eingereiht wurde. Mit Suworow überschritt er 1798 die Alpen und zeichnete sich später in allen Feldzügen bis 1856 aus, so dass er alle Decorationen für Tapferkeit erhielt. Seit 1857 ist er pensioniert. Er geht ohne fremde Hilfe, auf einen Stock gestützt, das Gehör ist gut, er sieht aber schlecht. Er gibt an, nie geistige Getränke gebraucht und nie geraucht zu haben. Nach dieser Mitteilung steht A. S. im 137. Lebensjahr. Dr. E. Moritz führt in seinem Buch «Ueber Lebensprognose» diesen Fall an, in dem er als das Geburtsjahr Schmidts das Jahr 1782 (nach dem «Tifliskij Listok») angibt. Das dürfte aber wohl ein Irrtum sein, da in einem solchen Falle S. nicht an dem Feldzug Suworows hätte teilnehmen können. Jedenfalls nimmt dieser Fall auch bei Dr. E. Moritz die 5. Stelle unter den langlebigen ein.

— Pest. Vom 28. August bis zum 25. September wurden in Aegypten 27 Pestfälle constatiert. In Alexandrien erkrankten 7 Personen an der Pest, in Port Said — 1.

— An der Genickstarre erkrankten in Preussen in der Zeit vom 30. Aug. bis zum 19. Sept. (n. St.) 34 Personen, starben 17.

— Congressnachrichten. Vom 12. bis zum 14. October werden in Wien die Beratungen des ersten Oesterreichischen Alkoholgegnertages stattfinden.

— Am 18. October (n. St.) findet in Köln eine Versammlung der Aerzte statt, die Anhänger der Hetolbehandlung der Tuberculose sind.

— In Bombay findet im Februar 1909 ein Congress für Tropenmedicin statt.

— Der VIII. Congress für Hydrologie, Klimatologie, Geologie und physikalische Therapie wird vom 4.—10. April 1909 in Algier stattfinden. Anmeldungen sind zu richten an Dr. L. Raynaud in Algier. Die Vorträge sind bis zum 31. Januar spätestens anzuzeigen.

— Der nächste internationale Tuberculose-Congress findet 1911 in Rom statt.

— Zum Ehrenpräsidenten des Internationalen Tuberculosecongresses in Washington wurde Rob. Koch ernannt.

— Dresden. Geheimrat Prof. Leopold feierte sein 25-jähriges Jubiläum als Director der kgl. Frauenklinik.

— Tübingen. An Stelle der verstorbenen Prof. v. Hüffner wurde Prof. H. Thierfelder (Berlin) zum Leiter des physiologisch-chemischen Instituts berufen.

— Gestorben: 1) Dr. A. Landau in Lodz, geb. 1859, Arzt seit 1887. 2) Prof. Dr. Lissauer, in Charlottenburg im Alter von 76 Jahren. Er hatte sich durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Anthropologie einen berühmten Namen gemacht. Die Berliner Anthropologische Gesellschaft, deren Schädelsammlung er als Custos vorstand, hatte ihn zu ihrem Ehrenmitglied ernannt.

— Rudyard Kipling über die Aerzte. Bei Verteilung der Preise an der mit dem Londoner Middlesext Hospital in Verbindung stehenden klinischen Schule hielt Rudyard Kipling am letzten Donnerstag eine kleine Rede, in der er nach der «Neuen Freien Presse» folgendes sagte: «Es wird, meine Herren, Ihrer beruflichen Beobachtung nicht entgangen sein, dass die Menschheit bloss in zwei Klassen zerfällt — in Aerzte und Patienten. Ein Arzt sagte mir, alle Patienten seien, sowie es sich um die Symptome ihrer eigenen Leiden handle, phänomenale Lügner. Als Patient sprechend, möchte ich behaupten: Der durchschnittliche Patient blickt auf den durchschnittlichen Arzt ebenso, wie der Nichtkombattant auf die für ihn kämpfenden Kombattanten blickt. Je mehr geschulte Männer zwischen seinem Körper und dem Feinde stehen, desto besser dünkt ihm das. Es ist natürlich ein wenig bedauerlich, dass der Tod, als der am längsten Praktizierende, am Ende siegen muss. Aber wir Nichtkombattanten, wir Patienten, trösten uns mit dem Gedanken, dass es Ihre Sache sein wird, vom Tod die besten Bedingungen für

uns herauszuschlagen, zu sehen, wie seine Attacken am längsten verzögert oder abgelenkt werden können, und wenn er auf seinem Angriff besteht, zu erwirken, dass dieser nach den Regeln civilisierter Kriegführung erfolge. Die Welt hat schon lange beschlossen, dass Sie keine feste Arbeitszeit haben, die man respektieren müsste, und dass nichts, ausgenommen alleräusserste Krankheit für Sie als Entschuldigung gelten soll, wenn Sie einem Manne zu irgend einer Stunde des Tages oder der Nacht, wo er Ihre Hilfe zu benötigen glaubt, diese Hilfe verweigern. Die Welt kümmert sich nicht darum, ob Sie im Bett oder im Bad oder im Theater sind, wenn irgend ein Menschenkind Schmerz oder Leiden fühlt. Sie werden gerufen, und das bischen Lebenskraft, dass Sie in Ihrer Masse gesammelt haben mögen, wird aus Ihnen wieder herausgezogen. Und zu jeder Zeit von Ueberschwemmung Hungersnot, Pest, Schlacht, Mord und plötzlichem Tod wird man von Ihnen verlangen, dass Sie sofort auf Posten gehen und solange auf Posten bleiben, bis Ihre Kräfte versagen oder Ihr Gewissen Sie entlässt. Das ist Ihre Position. Das sind einige von Ihren Verpflichtungen, und ich glaube nicht, dass sie leichter werden. Es ist Gesetz, dass Sie andere retten müssen. Es ist kein Gesetz, dass sie sich selbst retten müssen. Mit anderen Worten: Sie sind eine privilegierte Klasse».

— Dr. Strauss, Barmen beschreibt ein neues Dosimeter für die Röntgentherapie. Das Dosimeter ist ein offenes photographisches. Neben der zu bestrahlenden Stelle werden gelbe mit Asbest unterlegte Celluloidcüvetten befestigt. Die Befestigung geschieht mit Cartonhaltern, die mit Leukoplast auf die Haut geheftet werden und stets nur einmal gebraucht werden. Die Belichtung des Streifens, der in die mit einer Entwicklerlösung gefüllte Cüvette geschoben wird, vollzieht sich unter den Augen des Arztes und unter Wirkung des Röntgenlichtes selbst. Das Reagenzpapier macht eine Farbenscala durch. Hat man die gewünschte Dose erreicht, so zieht man den Streifen aus der Cüvette, fixiert ihn und stellt an einer Standartscala die gegebene Dose fest. Die Streifen lassen sich dauernd aufbewahren. Bei diesem Dosimeter entfällt die umständliche Entwicklung in der Dunkelkammer, die beim Kienböckschen Verfahren nötig ist. Es schaltet die Fehlerquellen dieses Verfahrens aus und gestattet die sofortige objektive Ablesung der gegebenen Dosen. Auch die Tiefendosen können mit Cüvetten, die mit einer Alluminiumskala bedeckt sind, sofort abgelesen werden Das Verfahren ist äusserst einfach und nicht mit nennenswerten Kosten verbunden. Das Instrumentarium wird von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen hergestellt.

— Dr. Strauss-Barmen, demonstriert eine für die Saugbehandlung nach Professor Bier dienstbar gemachte Wasserstrahlluftpumpe. Diese stellt eine einfache und billige, von jedem Arzt ausnutzbare Energiequelle dar. Sie lässt sich ohne jede weitere Vorrichtung zu jedem Wasserhahn anbringen. Das Instrument besteht aus einem durch eine Düse verengten Rohr mit seitlichem Ansatz. Verbindet man den seitlichen Ansatz durch enen Gummischlauch mit einer Glasglocke, so kann man mit diesem einfachen Apparat unter Umgehung von Gummibällen und Saugpumpen, die Staunngsbehandlung nach Bier in bequemer Weise ausüben. Der Arzt ist nicht mehr auf den lästigen Handbetrieb angewiesen, sondern er reguliert mit seinem Wasserhahn in exacter Weise den Grad der Luftverdünnung. Die Wirkung lässt sich mit diesem Instrument gleichmässiger und auch kräftiger als mit anderen Pumpen gestalten. Der Apparat, kann auch für Ansaugung von Flüssigkeiten aus Körperhöhlen und zur Aufsaugung von Staub in Kranken- und Operationssälen Verwendung finden. Bezugsquelle: Emil Jansen Barmen, Wertherstr.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 14. Oct. 1908.

Tagesordnung: Hesse: Ueber schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen und über Schutzmassregeln dagegen.
Neumann: Ueber die Mechanik des Hörens.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 20. Oct. 1908.

Tagesordnung: A. Ucke: Ueber Fettfärbung.

SANGUINAL KREWEL.

Krewels Sanguinal-Pillen und Liquor Sanguinalis Krewel enthalten das Eisen in den natürlichen Blutsalzen in leicht resorbierbarer gutbekömmlicher und nachhaltig wirkender Form. Sie bilden ein hervorragendes Unterstützungsmittel für den Arzt zur Blutbildung, Stoffwechsel, Anregung des Appetits, Vermehrung des Körpergewichts und Hebung des psychischen Zustands. Specielle Indikationen: leichte und schwere Anaemie, Chlorose, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Oligomenorrhoe, Leukorrhoe, Neurasthenie, Hysterie, Kinderpraxis, Rachitis, Skrophulose, Tuberkulose.

Die äusserst günstigen Erfolge der reinen Sanguinalpillen gaben zu folgenden Combinationen Anlass.

Pil. Sanguin c. Creosot 0,05 u. 0,10
Vermeidung des Kreosotgeschmacks, zuverlässige Dosierung, absolut geruchlos, indiciert bei Chlorose in Verbindung mit gastrischen Störungen, Skrophulose, Tuberkulose, Spitzenkatarrh mit Haemophyse.

Pil. Sang. c. Chinin
bei chlorotischen und neurasthenischen Zuständen, zuverlässiges Tonicum und bestes Roborans in der Reconvalescenz.

Pil. Sang. c. Vanadin
bei Chlorose, beginnender Lungenphthise, Anämie und asthmatischen Beschwerden.

Pil. Sang. c. Guajacol. carbonic. 0,05 und 0,10
sind hervorragend geeignet in der Kinderpraxis, bei Patienten mit phthisischen Habitus, die zu blassem Aussehen, Mattigkeit, Drüsenschwellungen, Ekzemen, Appetitlosigkeit neigen, Skrophulose und Phthise.

Pil. Sang. c. lecithin
tonisierende Wirkung bei Erschöpfungszuständen zur Stickstoffretention, Phosphorsäure-Ansatz, Verminderung der Schwefelsäureausscheidung im Harn etc.

Pil. Sang. c. Natr. cynamyl.
indiciert bei skrophulosen und tuberkulosen Processen.

Pil. Sang. c. Extr. Rhei
indiciert in allen Fällen von Chlorosen und Blutarmut, die mit Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane einhergehen.

Pil. Sang. c. Acid. Arsenicosum
bei anämisch, neurasthenischen Zuständen, gynäkologisch auch in Verbindung mit Beschwerden klimakterischen Ursprungs, ferner während oder im Anschluss an Bromkuren bei Skrophulose mit Lungenspitzenkatarrh, Bronchial asthma, Emphysem, gegen Ekzema, Chronicum pruriginosum, Akne. Pil. Sang. c. arsen. beeinflussen den Eiweissumsatz, üben einen regenerativen Einfluss auf das Blut aus, befördern die Reconvalescenz nach Scharlach, Masern, Diphterie und Influenza.

Pil. Sang. c. Ichthyol
gegen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, erleichtert die Verwertung der vortrefflichen, desinficierenden und antibakteriellen Eigenschaften des Ichthyol's.

Pil. Sang. c. Jod.
indiciert bei Drüsen oder Gelenktuberkulose, Anämie auf dyskratischer Grundlage und im sekundären Stadium der Syphilis.

Ausführliche Literatur und Versuchungsmengen gratis und franco zu Diensten.

Generaldepot für Russland (119),13—2.

Kontor chemischer Präparate, St. Ptb., Newsky Pr., 28, Haus Singer.







Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate  bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen bittet man an den stellvertretenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechst. Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 42 St. Petersburg, den 18. (31. October). 1908.

Dieser № liegt № 8 der «Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei.

Der V. Estländische Aerztetag

findet in diesem Jahr vom 5. bis 7. December in Reval statt. Vorträge sind spätestens bis zum 10. November bei Dr. von Wistinghausen-Reval, Grosse Rosenkranzstrasse 11 anzumelden.

Vorschlag zur therapeutischen Verwendung von pyrogenen Mitteln bei der Cholera asiatica.

Von

Theodor Hausmann, Orel.

Im Jahre 1894 war ich als Choleraarzt an der Baracke der Krehnholmschen Manufactur tätig. Die Behandlung der Kranken fusste damals auf zwei Principien, dem des Flüssigkeitsersatzes durch Enteroclysmen, subcutanen und intravenösen Infusionen und dem der Wärmestauung durch heisse Bäder. Einen bemerkbaren, wenn auch kurz dauernden Einfluss auf den Krankheitszustand übte meiner Beobachtung nach nur die Infusion aus, und zwar die intravenöse mehr wie die subcutane. Der durch die heissen Bäder erstrebte Zweck, die Temperatur zu heben, wurde nicht erreicht. Um so mehr war ein Fall bemerkenswert, wo nach einer intravenösen Infusion eine starke Fieberbewegung eintrat.

Es handelte sich um eine Frau mittleren Alters. Sie wurde im Beginne des algiden Stadiums eingeliefert. Gleich nach ihrer Aufnahme schritt ich zur intravenösen Infusion. Das Instrumentarium bestand aus: Esmarchschem Krug, Gummischlauch mit Klemme, Pravazspritze, von welcher der Verschluss des Stempelendes abgeschraubt war, und einer zu dieser Spritze passenden feinen Nadel.

Für gewöhnlich wurde zunächst der Arm abgebunden, dann die den Schlauch schliessende Klemme gelüftet, dann die Nadel während des Fliessens der Infusionsflüssigkeit in die Vene eingestochen und dann sofort die Binde gelöst. Ein Gehilfe überwachte die Binde, ein anderer die Klemme, während ich die Nadel führte.

Bei unserer Kranken passierte jedoch das Missgeschick, dass beide Gehilfen unachtsam waren; der eine verspätete mit der Abnahme der Binde, der andere hatte, nachdem ich die Nadel in die Vene eingestochen hatte, den Schlauch gleich wieder zugeklemmt. So geschah es, dass gleich nach dem Einstechen der Nadel etwas Blut in das Glasrohr der Pravazspritze eintrat und dort unter meinen Augen ein kleines Gerinnsel sich bildete. In demselben Moment besannen sich die Gehilfen, der Schlauch wurde von der Klemme befreit und die Binde gelüftet; das Gerinnsel floss in die Vene ein, ehe ich es verhindern konnte. Es war nun nichts mehr zu machen, und die Infusion wurde beendet, doch erwartete ich schlimme Folgen. Ungefähr $^3/_4$ Stunden nachher trat denn auch ein heftiger Schüttelfrost ein, die Temperatur stieg innerhalb 2 Stunden auf 38, 39, 40°. Ich hielt die Kranke für gefährdet und die Gehilfen und indirekt auch mich für die Urheber des Unglücks. Doch nach weiteren 2 Stunden fing die Temperatur an, zu fallen, und es trat ein warmer, leichter Schweiss auf, worauf die Temperatur normal wurde, die Kranke aber in Schlaf verfiel.

Der Puls und das Allgemeinbefinden hatten sich zusehends gebessert, und als die Kranke nach mehrstündigem Schlaf aufwachte, trat Reconvalescenz und Genesung ein.

Diese auffallende Beobachtung, die ich im J. 1902 auf dem livländischen Aerztetage in der Discussion zum Vortrage Doctor Rothbergs über die pyrogene Wirkung von Albumosen mitgeteilt habe, gab mir viel zu denken.

Ich war mir darüber klar, dass die artificielle Temperatursteigerung wahrscheinlich eine Heilwirkung auf

den Choleraprocess ausgeübt hatte, doch konnte ich mich naturgemäss nicht dazu entschliessen, die in unserem Falle stattgefundene Procedur noch einmal zu wiederholen, da ja die Einführung eines Blutgerinsels in die Blutbahn schlimme Folgen nach sich ziehen kann. Die damals bekannten fiebererzeugenden Eingriffe, wie der Wärmestich oder die Injection faulender Eiweisssubstanzen (Naunyn) kamen auch nicht in Betracht. Die Arbeiten von Krehl, Mathes, Dehio, Rothberg u. s. w. über die pyrogene Wirkung von Albumosen fallen in eine spätere Zeit, ebenso auch die Arbeiten über die pyrogene Wirkung von Pyocyaneusextract und Pyocyanase (Soonetz, Ling, Escherich, Emmerich, Bermbach). So musste ich denn damals meinen Trieb zu weiteren Versuchen mit artificieller Temperatursteigerung bei Cholera dämpfen.

Als ich jedoch später von der pyrogenen Wirkung der Deuteroalbumosen (Peptonum Witte) und Pyocyanase Kenntnis genommen hatte, wusste ich, auf welchem Wege eine pyrogene Behandlung der Cholera asiatica versucht werden müsste.

Die Unschädlichkeit der subcutanen Injection von Peptonum Witte ist erwiesen. Krehl spritzte Hunden 5,0 pro Dosi ein ohne üble Folgen.

Nach Bunge sind Albumosen und Peptone sehr wenig toxisch, und bei intravenöser Application tritt eine toxische Wirkung erst bei sehr grossen Dosen ein, bei 0,8 pro Kilogramm Körpergewicht.

Nach Escherich werden bei intraduraler Injection selbst hohe Dosen von 3—5 ccm. Pyocyanase von Säuglingen gut vertragen.

Da die therapeutischen sicher fiebererzeugenden Dosen bei subcutaner Anwendung weit unter den genannten Dosen liegen, für Peptonum Witte etwa um 1,0 herum, (Rothberg, Dehio), und für Pyocyanase um 0,1—0,3 herum (Bermbach), so können wir bei der Anwendung genannter Mittel toxische Wirkungen sicher vermeiden.

Ich würde empfehlen, der Infusionsflüssigkeit etwa 1,0 Peptonum Witte oder etwa 0,2 Pyocyanase zuzusetzen, bei weiteren Versuchen aber die Dosen herauszufinden, welche bei Cholera eine sichere pyrogene Wirkung entfalten.

Unsere Aufgabe ist es festzustellen, dass

1) genannte Mittel tatsächlich keinen schädigenden Einfluss bei Cholera ausüben;

2) dass bei Cholera durch dieselben eine pyrogene Wirkung ausgeübt wird;

3) dass die pyrogene Wirkung heilbringend ist auch bei Cholera asiatica.

Es muss bei Versuchen mit Peptonum Witte oder Pyocyanase berücksichtigt werden, dass zwischen Injection und thermischer Reaction eine gewisse Zeit vergeht und dass der Kranke innerhalb dieses Zeitraumes sterben kann, ohne die thermische Reaction abgewartet zu haben. Es muss auch bedacht werden, dass die Spannkraft des Circulationsapparates in hochgradig asphyctischen Fällen bereits eine so geringe sein kann, dass die Reaction nicht mehr vertragen wird. Es ist auch möglich, dass der Organismus in den schwersten Fällen thermisch zu reagieren nicht mehr im Stande ist.

Es ist daher selbstverständlich, dass, wenn bei Cholerakranken durch genannte Mittel eine thermische Reaction erreicht werden wird, dieses nicht in allen Fällen der Fall sein wird, und dass, je fortgeschrittener der Fall ist, desto schwerer eine Temperaturerhöhung erreicht werden wird.

Das sind alles Dinge, die an einem grossen Material studiert werden müssen. Im übrigen wird auch hier der Grundsatz gelten, mit dem Eingriff schnell bei der Hand zu sein und ihn nicht zu lange hinauszuschieben.

Ich meine, dass bei einschlägigen Versuchen die Wirkung der pyrogenen Mittel zuerst bei leichteren Fällen erprobt werden müsse und dann erst schwere und schwerste Fälle herangezogen werden dürften.

Nachdem dieses Manuscript, dessen Veröffentlichung den Zweck verfolgte, Collegen zu Versuchen anzuregen, eingereicht war, hatte ich Gelegenheit, dank der Liebenswürdigkeit des Directors des Botkin-Baracken-Krankenhauses, Dr. Posadsky, einige Versuche anzustellen. Zunächst wurden mir 3 Kranke in schwer algidem, hoffnungslosem Zustande dazu überlassen.

Der erste Kranke war schon fast moribund. Er starb $^1/_2$ Stunde nach einer subcutanen Infusion einer Kochsalzlösung, welcher 0,5 Peptonum Witte zugesetzt war.

Der zweite Kranke, Nasarow, 55 a. n., war schwer algid, cyanotisch, pulslos, Bauchhaut teigig, Temp. 35,1. Nach subcutaner Injection von 7,5 einer 10% Peptonlösung verhält sich die alle Stunde gemessene Temperatur folgendermassen: 36,1; 35,0: 35,1; 35,9; 35,5; 35,5. Subcutane Infusion von 500,0 Kochsalzlösung mit 1,0 Peptonum Witte — 35,5; 35,0; 35,0; 35,0; 35,0; 35,5; 35,5; 35,4; 35,3; 35,4; 35,9; 36,0; 34,8; 34,7; ?; ?; ?; subcutan 1,0 Pepton, 35,0; 35,0. Tod. Die Section ergab: Emphysema pulmonum, Muskatnussleber, Hypertrophia cordis, Arteriosklerosis universalis, Nephritis chron. interstitialis et degeneratio parenchymatosa. Dünndarm und Dickdarm zeigt schwere Veränderungen mit Hämorrhagien und diphtheritischen Nekrosen, wie sie für Cholera asiatica characteristisch sind.

Der dritte Kranke, Tarassow, 34 a. n., schwer algid, pulslos. Temp. morgens 36,0, nachmittags 34,8. Subcutane Infusion von 500,0 Kochsalzlösung mit 0,5 Pepton. Temperatur alle Stunde gemessen: 36,1; 35,8; 35,8; 36,0; 35,6; 36,2: subcutane Injection von 1,0 Peptonum: 35,5; 36,1; 36,0; 36; 35,5; 36,0; 36,1; 35,6; 35,6; 35,5; 36,1; 36,0; 36,4; 35,8; 35,0; ?; ?; ?; intravenöse Infusion von 250 Kochsalzlösung mit 0,5 Pepton: 35,9; 36,0; 36,0 intravenöse Infusion von 500 Kochsalzlösung mit 1,0 Pepton: 35,7; 35,7; 36,1; 35,7; 35,5; 34,7; 34,8; 34, 4, Tod.

Die Section ergab: Degeneratio caseosa glandularum bronchial., Sclerosis arter. coronar cordis, degeneratio parenchymatosa hepatis et renum und schwerste Veränderungen des Darmcanals.

Die Fälle zeigen, dass Peptoninjectionen bei schwer algiden Kranken keine Temperaturerhöhung hervorrufen. Vergegenwärtigt man sich die schweren Organveränderungen, so wird das negative Resultat verständlich. Es ist auch verständlich, dass der schwer geschädigte Organismus mit keiner Complementvermehrung reagieren kann, welche letztere nach Wassermann sonst durch Peptoninjectionen hervorgerufen wird. Es ist auch kaum anzunehmen, dass bei diesen Kranken eine sonst durch Pepton hervorgerufene Leucocytenvermehrung angeregt werden kann. Aus äusseren Gründen konnte ich mich freilich mit Leucocytenzählung nicht befassen.

Einem vierten Kranken, Beljajew, 50 a. n., der am Anfang des algiden Stadiums aufgenommen wurde, mit schwachem aber deutlichem Pulse, injicierte ich 1,0 Pepton. Eine Temperaturerhöhung wurde nicht erzielt. Der Kranke starb im urämischen Stadium. Bei der Section fanden sich schwere chronische und acute Organveränderungen und ein Abscess an der Stelle der Injection.

Einem fünften, leichten Kranken, 24 a. n., machte ich eine subcutane Injection von 1,0 Pepton, ohne dass eine Temperatursteigerung stattfand. Der Kranke genas.

Einem sechsten, leichten Kranken, 35 a. n., machte ich eine subcutane Injection von 1,0 Pepton mit demselben negativen Effect. Der Kranke genas. Somit

scheint auch der leichtere Cholerakranke die Fähigkeit verloren zu haben mit einer Temperatursteigerung auf Peptoninjectionen zu reagieren.

Nun galt es, auch die Wirkung der Pyocyanase zu prüfen. Zur Zeit, als ich meine Versuche begann, war in Petersburg keine Pyocyanase aufzutreiben, und dieselbe musste extra vom Fabrikanten Lingner in Dresden bezogen werden.

Die Pyocyanase hat nach Emmerich ausser der thermischen Wirkung auch eine bacteriolytische und toxinbindende Wirkung, speziell auch in Bezug auf den Cholerabacillus. Sie konnte nur an drei Kranken von mir versucht werden.

Der erste Kranke Iljin, 36 a. n., befand sich am Anfang des algiden Stadiums. Es war ein schwacher Puls noch zu fühlen. Temp. 35,7. Pyocyanase 0,3 subcutan: Temp. alle Stunden gemessen 36,1; 36,4; 36,4; 36,7; 36,1; 36,5; 35,4; 36,1; 36,3; 36,2; 36,2; 36,1; 36,5; 36,3; 36,2; 36,3; 36,2; 36,3; 36.7; 36,3; Pyocyanase subcutan 1,0; 35,2; 36,0; 36.0; 35,7; 35,7; 36,0; 35,7; 35,7; 35,6; 35,4; 35,7; 35,9; 36,0; 36,0; 36,0; 36,0; 36,0; 36,0; 35,5; 35,3; 35,3; 35,2; 35,2; 35,0; Tod 10 Stunden nach dieser letzten Messung bei einer Temperatur von 35,0.

Die Section ergab ausser den für Cholera characteristischen Darmveränderungen mit ausgedehnten Hämorrhagien und Nekrosen schwere Veränderungen der inneren Organe chronischer und acuter Art.

Eine pyrogene Wirkung war bei diesem Kranken durch die Pyocyanase nicht erzielt worden.

Der zweite Kranke, S. 45 a. n., befand sich im algiden Stadium, Puls war noch zu fühlen, aber sehr schwach. Temp. 35,2. Pyocyanase 0,5 subcutan: 36,3; 36,9; 36,3; 37,2; 37,2; 36,9; 37,0; 36,4; 36,6; 37,0; 36,9; 36,2; 36,4; 36,4; 36,7; 36,1; 36,2; 36,4; 36,9; 36,2; 36,5; 36,5; Pyocyanase 1,0 subcutan: 36,2; 36,0; 36,5; 36,5; 36,7; 37,1; 36,9; 36,6; 36,6; 36,6; 36,6; 35,9; 36,2; 35,7; ?; 35,6; 35,6; 35,6; 35,6; 35,6; 35,6; 35,0; Tod 8 Stunden nach der letzten Temperaturmessung bei 35,0.

Die Section ergab die gleichen Veränderungen wie im vorigen Fall und Hämorrhagien des Pericards.

In diesem Falle scheint die Pyocyanase doch eine geringe pyrogene Wirkung entfaltet zu haben, indem nach der ersten Injection die Temperatur von 35,2 auf 37,2 innerhalb 4 Stunden stieg, und nach der 2. Injection bis auf 37,1. Doch vor dem Tode hat die Pyocyanase den Kranken nicht bewahrt.

Ich bemerke, dass nach der ersten Injection bei beiden Kranken eine kleine Besserung der subjectiven Symptome und der Erscheinungen zu constatieren war, während nach der 2. Injection sich der Zustand verschlimmerte. Ich würde dennoch es nicht für angebracht halten, bei Cholerakranken eine Pyocyanaseinjection mehr wie einmal zu machen.

Der dritte Kranke, Peschko, 24 a. n., stellte einen leichten Fall vor. Eine Pyocyanaseinjection bewirkte innerhalb der ersten 40 Stunden keine Temperatursteigerung, doch dann stieg die Temperatur ziemlich schnell auf 38,9, um dann wieder bis zur Norm abzufallen. Die Temperatursteigerung stellte sich bei diesem Kranken zu einer Zeit ein, wo die Cholerasymptome bereits abgeklungen waren. Es wäre interessant, zu constatieren, ob auch bei anderen leichten Cholerakranken eine derartige Spätreaction bewirkt wird.

Alles in allem kann also die Pyocyanase immerhin bei Cholerakranken auf die Körpertemperatur steigernd wirken, doch ein therapeutischer Effect wird, wenigstens bei algiden Kranken, bei subcutaner Anwendung nicht erzielt. Bei weiteren Versuchen müsste constatiert werden, ob bei Anwendung von Pepton resp. Pyocyanase im Anfangsstadium der Cholera ein Uebergehen in das algide Stadium verhindert werden kann in Anbetracht der complementvermehrenden Wirkung des Peptons und der bacteriolytischen und toxinbindenden Eigenschaft der Pyocyanase.

Leider war mir die während meiner Versuche in Nr. 39 der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift erschienene Arbeit von Bettak: „Ueber den Einfluss von subcutanen und intravenösen Peptoninjectionen auf den Complementgehalt des Blutes" nicht bekannt.

In dieser Arbeit wird die Tatsache der Complementerhöhung festgestellt und constatiert, dass in den ersten Stunden nach der Peptoninjection eine Complementverminderung eintritt und weiter, dass bei häufig wiederholter Peptoninjection infolge von Präcipitinbildung der Complementgehalt des Blutes sinkt. Danach muss im Falle Tarassow von mir eine artificielle Complementverminderung hervorgerufen worden sein.

Literatur.

1) St. Petersburger Med. Wochenschrift 1903, Sitzungsbericht des Livländischen Aerztetages in Fellin, 1902.
2) Krehl, Archiv f. Experimentelle Pathologie u. Pharmacologie 1895.
3) Mathes, Deutsches Archiv f. klin. Medicin, 1895.
4) Dehio, Ueber die Heilwirkung des künstlich hervorgerufenen Fiebers bei verschiedenen Krankheiten. Verhandlungen des XXI. Congresses für innere Medicin.
5) Rothberg, Dissertation. Dorpat, 1904 (russisch).
6) Ling, Dissertation. Dorpat, 1900 (russisch).
7) Escherich, Wien. klin. Wochenschr., 1906, 25.
8) Emmerich, Münch. Med. Wochenschr., 1907, Nr. 45 u. 46.
9) Bermbach, Centralblatt f. Bacteriologie, 1907, Heft 4.
10) Bermbach, Münch. Med. Wochenschr.. 1908, Nr. 3.
11) Bunge, Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie, 1898.

Neunter Bericht über die Tätigkeit des Evangelischen Sanatoriums zu Pitkäjärvi.

1. Januar bis zum 31. Dezember 1907

von

Dr. Alexander von Pezold.

Vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 1907 wurden im Evangelischen Sanatorium für Lungenkranke im ganzen 137 (davon waren im Laufe des Jahres 3 Kranke zwei Mal zur Behandlung) Personen verpflegt. Von diesen waren 34 aus dem Vorjahre übernommen. 107 hatten bis zum 31-ten Dezember die Anstalt verlassen und verblieben somit 30 zum 1. Januar 1907.

Die Verpflegungstage betrugen 12532 und zwar waren davon:

Verpflegungstage der Patienten	11834
„ „ Erholungsbedürftigen	180
„ „ Begleitpersonen	158
„ „ Besucher	360
Total	12532

Die Frequenzziffer des Evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke zu Pitkäjärvi veranschaulicht folgende Kurve, wobei jedoch nur diejenigen gerechnet sind, deren Aufenthalt ohne Unterbrechung sich auf mindestens 1 Monat erstreckte.

Von den 137 (134) Verpflegten waren:

männlichen Geschlechts	64 =	47,7	pCt.
weiblichen Geschlechts	70 =	52,3	„
ledig	84 =	62,7	„
verheiratet	45 =	33,6	„
verwitwet	5 =	3,7	„

Der Konfession nach waren:

Evangelisch-lutherisch	61 =	45,5	pCt.
Griechisch-katholisch	61 =	45,5	„
Römisch-katholisch	5 =	3,7	„
Armenisch-Gregorianisch	1 =	0,8	„
Mosaisch	6 =	4,5	„

Der Staatsangehörigkeit nach waren:

Russ. Untertanen	aus d. Reiche 78, aus d. balt. Pr. 41, aus Sibirien 1	120 =	89,6	pCt.
Deutsche Reichsangehörige		10 =	7,4	„
Oesterreichische Untertanen		1 =	0,8	„
Dänische Untertanen		2 =	1,4	„
Grossbritanische Untertanen		1 =	0,8	„

Der Nationalität nach waren:

Deutsche	41 =	30,6	pCt.
Engländer	3 =	2,3	„
Russen	58 =	43,3	„
Kosack	1 =	0,8	„
Polen	2 =	1,4	„
Letten	14 =	10,4	„
Littauer	1 =	0,8	„
Esten	5 =	3,7	„
Armenier	2 =	1,4	„
Juden	7 =	5,3	„

Dem Stande nach gehören zum:

Adels- u. Exemptenstande	13 =	9,7	pCt.
Literatenstande	60 =	44,8	„
Bürgerstande	48 =	35,8	„
Bauerstande	13 =	9,7	„

In den folgenden Aufzeichnungen sind nur die tuberkulösen Lungenkranken berücksichtigt, welche im Berichtsjahr ihre Kur abgeschlossen haben. Zum Vergleiche seien auch die entsprechenden Daten des Vorjahres angegeben.

Die Dauer des Kuraufenthaltes der 101 Patienten, welche im Berichtsjahr zur Entlassung kamen, betrug 12274 Tage. Da sechs von den Kranken sich bereits nach 8—20 Tagen der Behandlung entzogen, so musste diesem Umstand bei den nachfolgenden Angaben, um richtige statistische Erhebungen zu erhalten, entsprechend Rechnung getragen werden. Eine Berücksichtigung dieser Patienten würde kein übersichtliches Bild gestatten. Nach Abzug der Kurtage dieser sechs Insassen blieben auf 95 Patienten 12189 Kurtage.

Auf eine Patientin des II-ten Stadiums kämen dabei 1883 Kurtage. Dieser Umstand würde bei der Berechnung einer durchschnittlichen Kurdauer einen falschen Schluss ziehen lassen — daher muss diese lange Kurdauer unberücksichtigt bleiben. Es ergiebt sich somit für den Einzelnen eine durchschnittliche Kurdauer von 109,6 Tagen gegen 109 Tage im Vorjahr.

Diese Kurtage verteilen sich auf die einzelnen Stadien in folgender Weise:

Es kamen:

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
auf das I. Stadium:	3994 Kurtage	2534 Kurtage
„ „ II. „	4680 „	4350 „
„ „ III. „	1632 „	2708 „

Durchschnittlich kamen:

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
auf das I. Stadium:	100,0 Kurtage	87,4 Kurtage
„ „ II. „	137,7 „	133,4 „
„ „ III. „	90,8 „	105,2 „

In den folgenden Berechnungen werden nur 93 Patienten gezählt, da 2 Patienten nach kurzer Unterbrechung zwei Mal im Jahr zur Kur waren.

Nach dem Lebensalter verteilen sich die 93 Patienten des Berichtsjahres sowie die 87 Patienten des Vorjahres, die ihre Kuren abgeschlossen hatten, wie folgt:

Alter:	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
5—10	— =	—	— =	—
10—15	— =	—	— =	—
15—20	8 =	8,6	11 =	12,6
20—25	28 =	30,1	22 =	25,3
25—30	20 =	21,6	18 =	20,7
30—35	19 =	20,4	10 =	11,6
35—40	3 =	3,2	11 =	12,6
40—45	8 =	8,6	5 =	5,7
45—50	3 =	3,2	4 =	4,6
50—55	4 =	4,3	4 =	4,6
55—60	— =	—	2 =	2,3

Was die Beschäftigung resp. den Beruf anbetrifft, so waren:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Beschäftigungslose	27 =	29,1	20 =	23,0
Kontoristen u. Kaufleute	18 =	19,4	21 =	24,2
Schüler	5 =	5,4	3 =	3,5
Studenten	5 =	5,4	4 =	4,7
Lehrer u. Lehrerinnen	14 =	15,0	10 =	11,6
Juristen	— =	—	3 =	3,5
Theologen	— =	—	1 =	1,1
Ingenieure	2 =	2,1	2 =	2,3
Architekten	1 =	1,1	1 =	1,1
Pharmazeuten	1 =	1,1	1 =	1,1
Zahnärzte	— =	—	1 =	1,1
Fabrikanten	1 =	1,1	1 =	1,1
Landwirte	— =	—	1 =	1,1
Künstler	2 =	2,1	2 =	2,3
Beamte	9 =	9,7	8 =	9,4
Techniker	1 =	1,1	2 =	2,3
Barmherzige Schwestern	2 =	2,1	1 =	1,1
Handwerker	2 =	2,1	1 =	1,1
Hebammen	— =	—	1 =	1,1
Wirtschafterin	— =	—	1 =	1,1
Kammerzofe	— =	—	1 =	1,1
Restaurateur	— =	—	1 =	1,1
Diener	3 =	3,2	— =	—

Hinsichtlich hereditärer Momente liessen sich folgende Angaben feststellen:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Es waren direct oder indirect belastet:	46 =	49,5	51 =	58,6
Davon direct	30 =	32,2	27 =	42,5
Unbelastet waren	47 =	50,5	36 =	41,4

Und zwar litten an Tuberculose:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Brüder	9 =	9,7	16 =	18,4
Schwestern	17 =	18,3	16 =	18,4
Brüder und Schwestern	7 =	7,5	2 =	2,3
Vater	14 =	15,0	13 =	14,9
Mutter	15 =	16,1	12 =	13,8
Beide Eltern	1 =	1,1	2 =	2,3
Geschwister des Vaters	1 =	1,1	5 =	5,7
Geschwister der Mutter	1 =	1,1	12 =	13,8
Grossvater	4 =	4,3	1 =	1,1
Grossmutter	5 =	5,4	4 =	4,7
Beide Grosseltern	1 =	1,1	1 =	1,1

PATIENTEN

1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907

36-40
31-35
26-30
21-25
16-20
11-15
6-10
1-5

Dr. Alexander von Pezold. IX. Bericht über das Ev. Sanatorium zu Pitkäjärwi. „St. Petersb. med. Wochenschr.", № 42.

Maligne Tumoren in der Ascendenz konnten in 2 Fällen = 2,1 pCt. (Vorjahr 5 = 5,7 pCt.) eruiert werden.

Es litten an Carcinoma:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Vater	1 =	1,1	1 =	1,1
Mutter	— =	—	2 =	2,3
Beide Eltern	— =	—	1 =	1,1
Grossvater	— =	—	— =	—
Grossmutter	— =	—	1 =	1,1
Bruder	1 =	1,1	— =	—

Geisteskrankheiten wurden 2 mal = 2,1 pCt. (gegen 2 mal = 2,3 pCt. im Vorjahr) angegeben und zwar:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Bei der Mutter	— =	—	1 =	1,1
Beim Bruder	2 =	2,1	1 =	1,1

Polymortalität der Geschwister war vorhanden in 22 Fällen = 34,4 pCt. gegen 14 Fälle = 16,1 pCt. des Vorjahres. Interessant ist Fall 561 (515): Die Patientin ist das 17-te von 21 Kindern, davon 10 Geschwister klein gestorben. Patientin hatte selbst 22 Kinder, davon 15 klein gestorben und eine Tochter tuberkulös.

Im Einzelnen ergaben sich folgende Kombinationen belasteter Fälle:

1. 510 (469). Die Patientin ist das 2-te von fünf Kindern. Drei Geschwister sind klein gestorben. Die Mutter und der Vater der Mutter starben an Tuberculosis pulm.

2. 527 (483). Die Patientin war ein schwächliches Kind. Der Vater an Phthisis florida, der Bruder des Vaters und die Mutter des Vaters an Tuberculosis pulm. gestorben.

3. 528 (484). Der Patient ist das vierte von 10 Kindern. Drei Geschwister sind klein gestorben. Ein Bruder ist epileptisch und geisteskrank und die Mutter, sowie ein Bruder sind an Tuberculosis pulm. gestorben.

4. 537 (493). Der Patient ist das fünfte von zehn Kindern. Der Vater starb an Phthisis flor. und ein Bruder des Patienten an Meningitis tub.

5. 565 (519). Die Patientin ist das siebente von acht Kindern. Der Vater starb an Phthisis flor., eine Schwester an Tuberculosis pulm., eine andere Schwester ist an Tuberculosis pulm. krank, die übrigen Geschwister alle klein gestorben.

6. 570 (524). Der Patient ist das siebente von sieben Kindern. Drei Geschwister klein gestorben. Ein Bruder epileptisch und geisteskrank.

7. 575 (529). Die Patientin ist das fünfte von 10 Kindern. Sechs Geschwister klein gestorben. Der Vater an Phthisis flor., ein Bruder an Tuberculosis pulm. gestorben.

8. 576 (530). Die Patientin ist das vierte von sechs Kindern. Der Vater starb an Tuberculosis pulm. Die Mutter ist von Tuberculosis pulm. geheilt. Die Mutter der Mutter an Tuberculosis pulm. gestorben.

9. 579 (532). Die Patientin ist das vierte von sieben Kindern. Schwächliches Kind gewesen. Die Mutter starb an Tuberculosis pulm. Der Vater ist Alcoholiker. Eine Schwester an Tuberc. pulm. krank. Das Kind ist rhachitisch.

10. 582 (536). Die Patientin ist das sechste von zehn Kindern. Die Mutter der Mutter, eine Schwester und ein Bruder an Tuberculosis pulm. gestorben und ein Bruder von Tuberculosis pulm. geheilt.

11. 585 (538). Die Patientin ist das sechste von acht Kindern. Drei Geschwister klein gestorben. Der Vater der Mutter, sowie zwei Schwestern an Tuberculosis pulm. gestorben.

12. 587 (540). Die Patientin ist das sechste von sechs Kindern. Der Vater ist an Tuberculosis pulm. gestorben und ein Bruder an Tuberculosis pulm. krank.

13. 597 (375). Die Patientin ist das dritte von acht Kindern, war ein scrophulöses Kind. Der Vater des Vaters, die Mutter der Mutter, zwei Schwestern der Mutter und ein Bruder der Mutter an Tuberculosis pulm. gestorben.

14. 601 (433). Die Patientin ist das sechste von zehn Kindern. Mehrere Geschwister klein gestorben. Die Mutter an Tuberculosis pulm., ein Bruder an Knochentuberculose und eine Schwester an Phthisis florida gestorben.

Infection wurde in 7 Fällen = 7,5 pCt. (Vorjahr in 3 Fällen = 3,5 pCt.) angegeben.

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt
Von Seiten des Ehegatten	1 =	1.1	1 =	1,1
„ „ „ Bruders	— =	—	1 =	1,1
„ „ der Schwester	1 =	1,1	— =	—
„ „ des Sohnes	1 =	1,1	— =	—
„ „ „ Stubengenossen	2 =	2,1	1 =	1,1
Im Beruf	2 =	2,1	— =	—

Sonstige prädisponierende Momente für die Erkrankung bestanden in:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Brehmerscher Belastung*)	26 =	27,9	12 =	13,8
Schwächl. Konstitution.	18 =	19,4	6 =	6,9
Gracilem Körperbau	21 =	22,6	26 =	29,9
Habitus paralyticus	8 =	8,6	9 =	10,3
Verkümmertem Thorax	1 =	1,1	6 =	6,9
	(1 Pect. carin)		(2 Pect. carin.)	
Skoliosis	— =	—	1 =	1,1
Kyphosis	1 =	1,1	1 =	1,1
Kyphoskoliosis	1 =	1,1	1 =	1,1
Raschem Wachstum	1 =	1,1	2 =	2,3
Neigung zu Katarrhen.	17 =	18,3	15 =	14,2
Körperlichen Anstrengungen	7 =	7,5	2 =	2,3
Geistigen Anstrengungen	8 =	8,6	5 =	5.7
	(5 Examen)		(3 Examen)	
Schwere Gemütsbewegungen	4 =	4,3	— =	—
Excessen	— =	—	2 =	2,3
Potatorium	4 =	4,3	7 =	8,0
Lactation	6 =	6,4	1 =	1,1
In schlechten hyg. Verhältnissen	2 =	2,1	1 =	1,1
Schlechte Esser waren	2 =	2,1	3 =	3,5

Vor Ausbruch der jetzigen Erkrankung litten an:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Scrophulose	6 =	6,4	5 =	5,7
Tuberculosis anderer Organe	2 =	2,1	4 =	4,6
Rhachitis	3 =	3,2	2 =	2,3
Chlorose und Anämie	27 =	29,1	9 =	10,3
Agrypnie	8 =	8,6	3 =	3,5
Nervenkrankheiten (bes. Hysterie u. Neurasthenie)	17 =	18,3	11 =	12,6
Epilepsie	— =	—	1 =	1,1
Vitia cordis	2 =	2,1	— =	—
Pericarditis	1 =	1,1	— =	—
Chron. Magen- und Darmerkrankungen	18 =	19,4	17 =	19,5
Bothriocephalus latus	— =	—	1 =	1,1
Ulcus ventriculi	— =	—	1 =	1,1
Haemorrhoiden	2 =	2,1	4 =	4,6

*) Brehmer bezeichnete die jüngsten Kinder sehr kinderreicher Ehen als zur Tuberkulose besonders disponiert.

	Berichtsjahr:	pCt.	Vohrjahr:	pCt.
Varices	3 =	3,2	1 =	1,1
Leberleiden	2 =	2,1	2 =	2,3
Ikterus	1 =	1,1	3 =	3,5
Typhlitis (Perityphlitis)	6 =	6,4	8 =	9,4
Chron. gynäkolog. Krankheiten	4 =	4,3	— =	—
Puerperalfieber	1 =	1,1	— =	—
Aborte	5 =	5,4	3 =	3,5
Hernien	— —	—	1 =	1,1
Nierenkrankheiten	2 =	2,1	2 =	2,3
Häufige Epistaxis	1 =	1,1	1 =	1,1
Häufige Kopfschmerzen	7 =	7,5	4 =	4,6
Ischias	— =	—	— =	—
Nasenleiden	1 =	1,1	2 =	2,3
Empyema antri Highmori	— =	—	1 =	1,1
Augenleiden	2 =	2,1	— =	—
Otitis media	2 =	2,1	2 =	2,3
Angina	3 =	3,2	9 =	10,3
Asthma bronchiale	3 =	3,2	4 =	4,6
Laryngitis	4 =	4,3	3 =	3,5
Bronchitis u. Tracheitis	13 =	14,0	7 =	8,0
Pleuritis	24 =	25,8	13 =	14,9
Pneumonie	24 =	25,8	16 =	18,4
Pertussis	14 =	15,0	17 =	19,5
Croup	2 =	2,1	— =	—
Parotitis epidemica	3 =	3,2	— =	—
Influenza	24 =	25,8	14 =	16,1
Meningitis	1 =	1,1	1 =	1,1
Rubeola	— =	—	2 =	2,3
Varicellae	19 —	20,4	23 =	26,4
Morbilli	60 =	64,5	43 =	49,4
Scarlatina	45 =	47,3	30 =	34,5
Diphtherie	10 =	10,7	13 =	14,9
Variola	7 =	7,5	3 =	3,4
Cholera asiatica	— =	—	1 =	1,1
Dysenterie	2 =	2,1	3 =	3,5
Polyarthritis	4 =	4,3	2 =	2,3
Typhus abdominalis	10 =	10,7	14 =	16,1
Malaria	5 =	5,4	5 =	5,7
Lues	3 =	3,2	5 =	5,7
Gonorrhöe	15 =	16,1	17 =	19,5
Prostatitis	1 =	1,1	— =	—
Cystitis	1 =	1,1	1 =	1,1
Ulcus molle	1 =	1,1	— =	—
Lipoma	— =	—	1 =	1,1
Carcinoma	— =	—	1 =	1,1
Trauma	— =	--	1 =	1,1
Furunculosis	1 =	1,1	— =	—

Der Beginn der Lungentuberculose wurde von den Patienten angegeben als vor:

Zeitraum:	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Vor 1/4 Jahr	14 =	15,0	14 =	16,0
„ 1/4—1/2 „	10 =	10,7	11 =	12,6
„ 1/2— 1 „	22 =	23,7	11 =	12,6
„ 1— 2 „	23 =	24,8	14 =	16,1
„ 2— 3 „	4 =	4,3	10 =	11,5
„ 3— 4 „	9 =	9,7	5 =	5,7
„ 4— 5 „	5 =	5,4	2 =	2,3
„ 5— 6 „	1 =	1,1	4 =	4,7
„ 6— 7 „	— =	—	4 =	4,7
„ 7— 9 „	2 =	2,1	1 =	1,1
„ 9—12 „	1 =	1,1	7 =	8,0
„ 12—25 „	2 =	2,1	4 =	4,7

Der Ausbruch erfolgte in directem Anschluss an:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Erkältung	6 =	6,4	7 =	8,0
Pneumonie und Pleuritis	10 =	10,7	9 =	10,3
Bronchitis	6 =	6,4	3 =	3,4
Laryngitis	1 =	1,1	— =	—
Angina	1 =	1,1	1 =	1,1
Influenza	13 =	14,0	8 =	9,2
Malaria	1 =	1,1	1 =	1,1
Morbilli	— =	—	1 =	1,1
Typhus abdominalis	— =	—	2 =	2,3
Polyarthritis	1 =	1,1	— =	—
Lactation	6 =	6,4	— =	—

Es manifestierte sich die Krankheit mit:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Initialer Haemoptoe	15 =	16,1	20 =	23,0
Husten allein	16 =	17,9	14 =	16,1
Fieber allein	9 =	9,6	5 =	5,7
Husten und Fieber	11 =	11,8	4 =	4,7
Husten und Auswurf	29 =	31,1	10 =	11,5
Heiserkeit	8 =	8,6	2 =	2,3
Gastrischen Erscheinungen	— =	—	1 =	1,1
Appetitlosigkeit	7 =	7,5	2 =	2,3
Abmagerung und Ermüdungsgefühl	32 =	34,4	14 =	16,1
Brustschmerzen	9 =	9,7	8 =	9,2
Nachtschweissen	25 =	26,9	6 =	6,9
Dyspnoe	4 =	4,3	1 =	1,1

Nach dem Grade der Erkrankung unterscheiden wir leichte, mittelschwere und schwere Fälle nach dem von Turban angegebenen Schema.

Turbans Einteilung lautet:

I. Stadium: Leichte, höchstens auf das Volumen eines oder zweier halber Lappen ausgedehnte Erkrankung.

II. Stadium: Leichte, weiter als I., aber höchstens auf das Volumen zweier Lappen ausgedehnte Erkrankung, oder schwere auf das Volumen eines Lappens ausgedehnte Erkrankung.

III. Stadium: Alle Erkrankungen, die über II. hinausgehen.

Es gehörten zum Stadium:		Berichtsjahr:		pCt.	Vorjahr:		pCt.
I.	männl.	20	40 =	43,0	11	29 =	33,3
	weibl.	20			18		
II.	männl.	16	35 =	37,6	21	33 =	37,9
	weibl.	19			12		
III.	männl.	10	18 =	19,4	12	25 =	28,8
	weibl.	8			13		

Was die Localisation des Prozesses anbelangt, so waren ergriffen:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Beide Lungen	49 =	52,7	39 =	44,8
Rechte Lunge allein	35 =	37,6	36 =	41,4
Linke Lunge allein	9 =	9,7	12 =	13,8

Nach dem Bazillenbefunde war das Ergebnis:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Eintritt / Austritt positiv	42 =	45,1	51 =	58,6
Eintritt positiv / Austritt negativ	20 =	21,6	12 =	13,8
Eintritt / Austritt negativ	26 =	27,9	24 =	27,6
Eintritt negativ / Austritt positiv	5 =	5,4	— =	—

Von den 26 Fällen geschlossener Tuberculose wurde von 16 = 17,2 pCt. während ihres Aufenthaltes im Sanatorium kein Sputum produciert.

Das **F i e b e r** war:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Eintritt } positiv Austritt }	29 = 31,2	34 = 39,1
Eintritt positiv } Austritt negativ }	37 = 39,8	30 = 34,5
Eintritt } negativ Austritt }	25 = 26,9	20 = 22,9
Eintritt negativ } Austritt positiv }	2 = 2,1	3 = 3,5

Ueber N a c h t s c h w e i s s e beim Eintritt klagten 60 = 44,8 pCt. gegen 51 = 58,6 pCt. im Vorjahr.

H a e m o p t o e n bei der Anamnese wurden 43 = 45,1 pCt. gegen 48 = 55,2 pCt. im Vorjahre angegeben.

Bei 5 Patienten, bei welchen früher keine Haemoptoen gewesen waren, traten in der Anstalt solche ein.

Somit waren im Ganzen 48 Lungenbluter = 51,6 pCt. Während der Anstaltskur kamen 9 mal = 9,7 pCt. gegen 11 mal = 12,0 pCt. im Vorjahr, Haemoptoen vor, wobei geringe Blutbeimengungen, wie sie wohl bei jedem Tuberculösen ab und zu im Sputum beobachtet werden, nicht gerechnet wurden.

R a u c h e r waren von den 93 Patienten 22 = 23,6 pCt. (Vorjahr 23 = 26,4 pCt.).

In folgenden Tabellen sei die K ö r p e r l ä n g e der 91 Patienten (Vorjahr 87) gegeben. Bei 2 Patienten (davon 1 Lungenbluter) wurden Messungen nicht vorgenommen. Die zweite Tabelle enthält dann die Körpergrösse der 47 gemessenen Lungenbluter.

Tabelle I.

Berichtsjahr: Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.	Vorjahr: Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
129	—	—	—	129	—	1	1
137	—	1	1	137	—	—	—
147	—	—	—	147	—	1	1
148	—	2	2	148	—	2	2
149	—	1	1	149	—	—	—
150	—	1	1	150	—	—	—
152	—	3	3	152	—	2	2
153	—	3	3	153	—	1	1
155	—	2	2	155	—	2	2
156	—	1	1	156	1	4	5
157	1	2	3	157	—	—	—
158	1	3	4	158	—	3	3
159	2	2	4	159	2	5	7
160	—	3	3	160	—	1	1
161	1	5	6	161	—	4	4
162	—	3	3	162	1	4	5
163	1	3	4	163	—	2	2
164	—	3	3	164	3	1	4
165	2	3	5	165	3	3	6
166	3	1	4	166	2	2	4
167	—	1	1	167	2	3	5
168	—	1	1	168	1	1	2
169	3	—	3	169	2	1	3
170	3	—	3	170	6	—	6
171	2	2	4	171	2	—	2
172	4	—	4	172	2	—	2
173	3	—	3	173	5	—	5
174	4	—	4	174	—	—	—
175	5	—	5	175	—	—	—
176	1	—	1	176	2	—	2
177	—	—	—	177	5	—	5
178	—	—	—	178	1	—	1
179	2	—	2	179	—	—	—
180	5	—	5	180	1	—	1
181	1	—	1	181	—	—	—
182	1	—	1	182	—	—	—
183	—	—	—	183	1	—	1
184	—	—	—	184	—	—	—
185	—	—	—	185	1	—	1
186	—	—	—	186	1	—	1

Tabelle II.

Berichtsjahr: Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.	Vorjahr: Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
137	—	1	1	137	—	—	—
147	—	—	—	147	—	—	—
148	—	2	2	148	—	2	2
150	—	1	1	150	—	—	—
152	—	2	2	152	—	2	2
153	—	1	1	153	—	1	1
155	—	1	1	155	—	1	1
156	—	1	1	156	1	3	4
157	1	—	1	157	—	—	—
158	—	2	2	158	—	2	2
159	—	—	—	159	—	4	4
160	—	2	2	160	—	—	—
161	—	3	3	161	—	1	1
162	—	2	2	162	1	2	3
163	—	1	1	163	—	2	2
164	—	1	1	164	2	—	2
165	1	2	3	165	2	2	4
166	3	—	3	166	1	2	3
167	—	1	1	167	1	1	2
168	—	—	—	168	1	1	2
169	1	—	1	169	1	—	1
170	2	—	2	170	5	—	5
171	1	1	2	171	1	—	1
172	3	—	3	172	—	—	—
173	2	—	2	173	3	—	3
174	1	—	1	174	—	—	—
175	3	—	3	175	—	—	—
176	—	—	—	176	1	—	1
177	—	—	—	177	4	—	4
178	—	—	—	178	1	—	1
179	1	—	1	179	—	—	—
180	2	—	2	180	1	—	1
181	1	—	1	181	—	—	—
182	1	—	1	182	—	—	—
183	—	—	—	183	1	—	1
185	—	—	—	185	1	—	1

Im Nachstehenden seien die Vergleichszahlen gegeben, welche das V e r h ä l t n i s d e r K ö r p e r l ä n g e d e r 91 g e m e s s e n e n P a t i e n t e n (Vorjahr 87) zu der der L u n g e n b l u t e r illustrieren.

B e r i c h t s j a h r:

Körperlänge:	Gesamtzahl:	Lungenbluter:
von 129—140 Cm.	1 = 1,1 pCt.	1 = 1,1 pCt.
„ 141—150 „	4 = 4,3 „	3 = 3,2 „
„ 151—160 „	23 = 24,7 „	10 = 10,7 „
„ 161—170 „	33 = 35,6 „	17 = 18,3 „
„ 171—180 „	28 = 30,1 „	14 = 15,0 „
„ 181—190 „	2 = 2,1 „	2 = 2,1 „

V o r j a h r:

Körperlänge:	Gesamtzahl:	Lungenbluter:
von 129—140 Cm.	1 = 1,1 pCt.	— = — pCt.
„ 141—150 „	3 = 3,3 „	2 = 2,3 „
„ 151—160 „	21 = 24,1 „	14 = 16,1 „
„ 161—170 „	41 = 47,1 „	25 = 28,7 „
„ 171—180 „	18 = 20,7 „	11 = 12,6 „
„ 181—190 „	3 = 3,5 „	2 = 2,8 „

Entsprechend zeigen dann den T h o r a x u m f a n g der 91 Patienten (Vorjahr 86) und wiederum der Lungenbluter die beiden nächsten Tabellen:

Berichtsjahr: Tabelle I.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
68	—	—	—
69	—	—	—
70	—	1	1
71	—	—	—
72	—	1	1
73	1	1	2
74	—	3	3
75	—	2	2
76	—	4	4
77	3	6	9
78	2	8	10
79	1	2	3
80	3	4	7
81	6	3	9
82	1	1	2
83	2	3	5
84	2	2	4
85	3	1	4
86	2	—	2
87	5	—	5
88	2	—	2
89	1	1	2
90	5	2	7
91	1	—	1
92	1	1	2
93	2	—	2
94	—	—	—
95	1	—	1
96	1	—	1

Vorjahr: Tabelle I.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
68	—	1	1
69	—	2	2
70	—	—	—
71	—	2	2
72	—	1	1
73	1	3	4
74	—	5	5
75	1	3	4
76	—	2	2
77	—	5	5
78	—	5	5
79	2	3	5
80	1	1	2
81	7	1	8
82	3	2	5
83	6	3	9
84	4	—	4
85	1	1	2
86	5	—	5
87	2	—	2
88	—	2	2
89	2	—	2
90	3	-	3
91	4	—	4
92	2	—	2
93	—	—	—
94	—	—	—
95	—	—	—
96	—	—	—

Berichtsjahr: Tabelle II.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
68	—	—	—
69	—	—	—
70	—	1	1
71	—	—	—
72	—	—	—
73	—	—	—
74	—	1	1
75	—	1	1
76	—	3	3
77	1	2	3
78	2	3	5
79	1	1	2
80	2	2	4
81	1	1	2
82	1	1	2
83	1	3	4
84	2	1	3
85	3	1	4
86	—	—	—
87	1	—	1
88	—	—	—
89	—	—	—
90	4	2	6
91	1	—	1
92	1	1	2
93	1	—	1
94	—	—	—
95	—	—	—
96	1	—	1

Vorjahr: Tabelle II.

Cm.	Männl.	Weibl.	Zus.
68	—	1	1
69	—	2	2
70	—	—	—
71	—	2	2
72	—	1	1
73	1	2	3
74	—	1	1
75	—	2	2
76	—	2	2
77	—	3	3
78	—	2	2
79	2	—	2
80	1	1	2
81	5	—	5
82	2	1	3
83	3	3	6
84	3	—	3
85	1	1	2
86	1	—	1
87	2	—	1
88	—	2	2
89	1	—	1
90	3	—	3
91	2	—	2
92	1	—	1
93	—	—	—
94	—	—	—
95	—	—	—
96	—	—	—

Der Thoraxumfang der 91 gemessenen Kranken (Vorjahr 86) stellt sich zu dem der Lungenbluter wie folgt:

Berichtsjahr:

Thoraxumfang:	Gesamtzahl: pCt.	Lungenbluter: pCt.
von 68— 70 cm.	1 = 1,1	1 = 1,1
„ 71— 80 „	41 = 44,1	21 = 22,6
„ 81— 90 „	42 = 45,1	20 = 21.6
„ 91—100 „	7 = 7,5	5 = 5,4

Vorjahr:

Thoraxumfang:	Gesamtzahl: pCt.	Lungenbluter: pCt.
von 68— 70 cm.	3 = 3,5	3 = 3,5
„ 71— 80 „	35 = 40,2	20 = 22,9
„ 81— 90 „	42 = 48,3	28 = 32,2
„ 91—100 „	6 = 6,9	3 = 3,5

Die Excursion des Thorax bei tiefem Inspirium und forciertem Expirium betrug:

cm.	Berichtsjahr: bei Männern	bei Frauen	Zus.	Vorjahr: bei Männern	bei Frauen	Zus.
1	—	—	—	—	1	1
1,5	1	—	1	—	—	—
2	2	2	4	3	1	4
2,5	—	4	4	2	5	7
3	1	7	8	7	5	12
3,5	4	6	10	7	9	16
4	14	11	25	5	9	14
4,5	6	6	12	5	5	10
5	6	7	13	8	5	13
5,5	3	1	4	—	1	1
6	5	1	6	3	1	4
6,5	2	—	2	1	—	1
7	1	1	2	3	—	3

Die Diazoreaction fiel bei 2 Fällen = 2,1 pCt. positiv aus.

Die beim Eintritt in die Anstalt bestehenden tuberculösen Affectionen anderer Organe bestandan in

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
Laryngitis	10 = 10,7	7 = 8,0
Lymphadenitis	37 = 39,8	37 = 42.5
Orchitis	1 = 1,1	1 = 1,1
Enteritis	4 = 4,3	4 = 4,6
Fistula ani	1 = 1,1	1 = 1,1
Gonitis	1 = 1,1	1 = 1.1

Weitere Komplicationen nicht tubercnlöser Art waren:

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr. pCt.
Chlorose und Anämie	72 = 77,4	57 = 65.5
Nervosität	22 = 23,6	12 = 13.8
Labile Vasomotoren	5 = 5,4	4 = 4,6
Menstruale Temperatursteirungen	1 = 1,1	1 = 1.1
Neurasthenie	5 = 5,4	5 = 5,7
Epilepsie	— = —	1 = 1,1
Neuritis	1 = 1,1	3 = 3,5
Struma	3 = 3,2	— = —
Obstipation	15 = 16,1	14 = 16,1
Magen- und Darmkatarrhe	10 = 10,7	11 = 12,6
Bothriocephalus latus	1 = 1,1	2 = 2,3
Dilatatio ventriculi	1 = 1,1	— = —
Ptosis ventriculi	— = —	2 = 2.3
Ikterus	2 = 2,1	2 = 2.3
Nervöse Dyspepsie	3 = 3,2	— = —
Haemorrhoiden	4 = 4,3	6 = 6,9
Vitia cordis	6 = 6,4	5 = 5,7
Tachykardie	5 = 5,4	4 = 4,6
Arteriosklerose	1 = 1,1	1 = 1,1
Lipoma	— = —	1 = 1,1

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Atheroma mamillae	— =	—	1 =	1,1
Hernia inguinalis	— =	—	2 =	2,3
Ren mobilis	1 =	1,1	1 =	1,1
Diabetes mellitus	1 =	1,1	— =	—
Albuminurie	— =	—	1 =	1,1
Leber- und Milzschwellung	2 =	2,1	5 =	5,7
Gynäkologische Leiden	1 =	1,1	5 =	5,7
Akne und Ekzema	— =	—	1 =	1,1
Pityriasis versicolor	2 =	2,1	4 =	4,6
Malaria	— =	—	1 =	1,1
Lues und Gonorrhoe	— =	—	1 =	1,1
Rhinitis	— =	—	1 =	1,1
Pharyngitis	1 =	1,1	4 =	4,6
Laryngitis	4 =	4,3	8 =	9,2
Häufige Epistaxis	— =	—	1 =	1,1
Polyarthritis	— =	—	1 =	1,1

Während der Anstaltskur traten folgende Komplicationen und intercurrente Erkrankungen ein:

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Laryngitis tub.	1 =	1,1	— =	—
„ simplex	1 =	1,1	— =	—
Darmkatarrh	3 =	3,2	6 =	6,9
Cholelithiasis	1 =	1,1	1 =	1,1
Pleuritis	3 =	3,2	1 =	1,1
Pneumonie	1 =	1,1	— =	—
Influenza	2 =	2,1	6 =	6,9
Nephritis	1 =	1,1	— =	—
Miliare Ausbreitung	— =	—	1 =	1,1
Angina	1 =	1,1	1 =	1,1
Gonitis	— =	—	1 =	1,1
Endometritis	— =	—	1 =	1,1

Mit Tuberculin-Injectionen werden während ihres Aufenthaltes im Sanatorium im Ganzen 4 = 4,3 Patienten behandelt, wobei als Anfangsdosis mit 0,00005 begonnen wurde. Die Resultate waren befriedigende.

Die gesamte Gewichtszunahme betrug bei 88 zur Berechnung herangezogenen Patienten in 11727 Kurtagen 1103 russ. Pfund. Die durchschnittliche Kurdauer dieser 88 Patienten machte 133,2 Kurtage aus (Vorjahr 113 Kurtage) wobei für den Einzelnen im Durchschnitt sich eine Zunahme von 12,5 Pfund = 5,1 Kilo (Vorjahr 14,1 Pfund = 5,77 Kilo feststellen liess.

Die höchste Zunahme betrug $54^1/_4$ Pfund = 22,3 Kilo in 178 Tagen (Vorjahr $45^3/_4$ Pfund = 18,74 Kilo in 216 Tagen), die bedeutendste Abnahme $13^1/_2$ Pfund = 5,5 Kilo in 72 Tagen (Vorjahr $9^3/_4$ Pfund = 3,99 Kilo in 261 Kurtagen.

	Berichtsjahr:	pCt.	Vorjahr:	pCt.
Es hatten zugenommen	81 =	87,1	77 =	87,5
„ „ abgenommen	7 =	7,5	3 =	3,5
Gleichgeblieben waren	— =	—	— =	—
Das Gewicht konnte nicht festgestellt werden	5 =	5,4	8 =	9,1

Ueber die Gewichtsverhältnisse orientiert folgende Tabelle;

Gewichtsverhältnis nach russ. ℔ bis zu	Berichtsjahr: Zunahme:	Berichtsjahr: Abnahme:	Vorjahr: Zunahme:	Vorjahr: Abnahme:
1	5	2	2	—
2	2	—	2	—
3	4	—	2	—
4	2	—	4	1
5	2	—	7	—
6	2	—	4	1
7	3	1	7	—
8	6	—	6	—
9	2	2	1	—
10	5	—	2	1
11	2	1	1	—
12	3	—	5	—
13	6	1	—	—
14	1	—	2	—
15	2	—	—	—
16	6	—	2	—
17	2	—	4	—
18	5	—	5	—
19	1	—	1	—
20	1	—	3	—
21	2	—	—	—
22	1	—	3	—
23	3	—	2	—
24	1	—	—	—
25	—	—	—	—
26	—	—	1	—
27	—	—	2	—
28	1	—	2	—
29	1	—	2	—
30	—	—	—	—
31	2	—	1	—
32	1	—	—	—
33	—	—	—	—
34	2	—	—	—
35	1	—	—	—
36	—	—	—	—
37	—	—	1	—
38	—	—	—	—
39	1	—	—	—
40	—	—	—	—
41	—	—	1	—
42	—	—	1	—
43	—	—	—	—
44	1	—	—	—
45	—	—	—	—
46	—	—	1	—
47	—	—	—	—
48	—	—	—	—
49	—	—	—	—
50	—	—	—	—
51	1	—	—	—
52	—	—	—	—
53	—	—	—	—
54	1	—	—	—

Die 61 Fälle, in denen die Anstaltskur ein positives Resultat ergab, hatten bei einer Kurdauer von 9168 Tagen (Vorjahr 7021 Tagen) im Durchschnitt also 150,3 (Vorjahr 117 Tagen) eine Gewichtszunahme von 939 russ. Pfund zu verzeichnen, was für den Einzelnen 15,4 Pfund = 6,2 Kilo im Durchschnitt ausmacht (Vorjahr 17,3 Pfund = 7,1 Kilo).

Bei Beurteilung des Erfolges der Anstaltskur wurde wie in den früheren Berichten als positiver Erfolg bezeichnet, wo eine deutliche Besserung des Lungenbefundes oder doch, ohne dass sich diese immer mit Sicherheit nachweisen liess, eine wesentliche Hebung des Allgemeinzustandes zu constatieren war. Bei einzelnen Fällen wurde das Kurergebnis, obgleich das Gesagte zutraf, nicht als positiv notiert, wo hinzugetretene Komplicationen oder Erkrankungen einen Erfolg als fraglich erscheinen liessen. Fälle, bei denen sich das Allgemeinbefinden oft trotz bedeutender Gewichtszunahme nur wenig gehoben hatte, wurden unter negativ gerechnet.

Fassen wir kurz die Ergebnisse zusammen, so erweist es sich, dass das Resultat:

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Complicationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Zunahme.		Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
										Abnahme.	Gewicht.						
I. Stadium.																	
27 (27)	mänl.	39 J.	R.	Pleuritis sicca. Gonitis tub. Diarrhöen.	n.	$8^3/_4$ J.	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1899	—	Pat. selbst.
56 (56)	weibl.	22	L.	Laryngitis simplex.	p.	$7^3/_4$	—	—	—	—	—	—	—	—	1900	†	Dr. A. F.
64 (62)	»	19	L.	Skoliosis thoracis dext.	p.	$7^3/_4$	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1900	—	Pat. selbst.
81 (77)	mänl.	35	R.	Pyothorax. Albuminurie Ekzema.	p.	8	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1900	—	Pat. selbst.
93 (89)	weibl.	30	II	Anaemia. Tachycardie. Leichte Erregbarkeit.	p.	7	nein	nein	nein	—	ja	ja	—	—	1900	—	Pat. selbst.
104 (98)	»	24	II	Pect. carinat. Tachycardie. Nervosität.	p.	$5^3/_4$	nein	nein	—	—	—	—	—	—	1900	—	Dr. A. v. P.
119 (111)	mänl.	16	R.	—	p.	$6^1/_2$	ja	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1901	—	Dr. J.
125 (116)	»	58	R.	Ulcus laryngis.	=	7	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1901	—	Dr. E. M.
129 (121)	»	24	R.	—	p.	7	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1901	—	Dr. E. M.
153 (144)	»	53	R.	—	p.	$6^1/_2$	nein	nein	nein	—	ja	ja	—	—	1901	—	Dr. O. H.
164 (154)	weibl.	21	L.	Anaemie. Tachycardie.	n.	6	—	—	—	—	—	—	—	—	1902	†	Zeitung.
168 (157)	mänl.	36	II	Pharyngitis chron. Atthroma capitis.	p.	6	nein	nein	nein	gleich	geblieben	ja	—	—	1902	—	Pat. selbst.
177 (166)	»	50	II	Arteriosklerose. Nervosität. Dyspepsie.	p.	6	nein	nein	—	—	—	ja	—	—	1902	—	Pat. selbst.
203 (187)	»	25	II	Nervosität.	p.	5	ja	nein	—	—	ja	ja	—	—	1903	—	Pat. selbst.
213 (197)	»	21	II	Lymphadenitis.	=	3	nein	—	nein	—	—	—	—	—	1903	—	Dr. E. M.
215 (198)	»	22	II	Lymphadenitis. Anaemie.	p.	$4^3/_4$	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1903	—	Pat. selbst.
222 (205)	»	33	II	Fistula ani. Anaemie.	p.	$4^3/_4$	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1903	—	Pat. selbst.
231 (213)	»	26	II	Anaemia levis. Lymphadenitis.	p.	$4^3/_4$	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1902	—	Dr. M. K.
242 (224)	»	17	II	—	p.	$4^3/_4$	nein	nein	nein	—	$5^1/_2$ ℔	ja	—	—	1903	—	Pat. selbst.
254 (236)	»	36	II	Anaemie. Neurasthenie.	p.	$4^3/_4$	nein	nein	nein	—	$12^1/_2$	ja	—	—	1903	—	Dr. M. K.
266 (244)	weibl.	22	R.	Anaemie. Hysterie.	p.	$4^3/_4$	ja	nein	—	—	$2^1/_2$	—	ja	—	1903	—	Dr. E. M.
301 (278)	»	22	II	Habitus paralyticus. Lymphadenitis. Nervosität.	p.	$3^3/_4$	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1904	—	Pat. selbst.
308 (285)	mänl.	31	R.	Anaemie. Neurasthenia gravis.	p.	$3^1/_2$	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1904	—	Pat. selbst.
312 (289)	weibl.	22	II	Hystero-Neurasthenia.	p.	$3^1/_2$	ja	nein	—	—	—	ja	—	—	1904	—	Pat. selbst.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung	Bestehende Complicationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
314 (291)	mänl.	19	R.	Anaemia. Nephritis.	p.	2 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Zeitung.
352 (325)	weibl.	23	R.	Anaemia. Nervosität.	p.	$2^{3}/_{4}$	nein	nein	—	—	ja	—	ja	—	1905	—	Pat. selbst.
353 (326)	m.	24	II	Lymphadenitis.	p.	$2^{1}/_{2}$	nein	nein	—	—	12	ja	—	—	1905	—	Pat. selbst.
390 (359)	w.	27	II	Hystero-Neurasthenia.	p.	$2^{1}/_{2}$	ja	37,4	nein	—	ja	—	—	ja	1905	—	Dr. J. K.
400 (369)	w.	23	II	—	p.	$2^{3}/_{4}$	ja	37,4	nein	—	ja	—	—	ja	1905	—	Pat. selbst.
406 (373)	w.	15	R.	Lymphadenitis. Anaemie.	p.	$2^{1}/_{4}$	nein	nein	nein	gleich	geblieben	—	ja	—	1905	—	Dr. E. T.
415 (381)	w.	32	II	Anaemia. Nervosität.	p.	$2^{1}/_{4}$	nein	nein	nein	gleich	geblieben	ja	—	—	1905	—	Pat. selbst.
438 (404)	m.	19	R.	Anaemia. Nervosität.	p.	$1^{3}/_{4}$	ja	37,1	nein	—	13	—	ja	—	1906	—	Dr. P. S.
462 (425)	w.	39	R.	Anaemia. Lymphadenitis. Hystero-Neurasthenia. Haemorrhoiden.	p.	$1^{3}/_{4}$	ja	nein	nein	ja	—	—	ja	—	1906	—	Pat. selbst.
464 (327)	w.	28	II	Anaemia. Lymphadenitis. Graviditas mens. II.	p.	$1^{1}/_{2}$	nein	nein	—	—	ja	—	ja	—	1906	—	Dr. A.
480 (442)	m.	25	R.	Nervosität.	p.	$1^{3}/_{4}$	nein	nein	nein	ja	—	ja	—	—	1906	—	Pat. selbst.
496 (455)	m.	25	R.	Potatorium.	p.	$1^{1}/_{4}$	nein	nein	—	—	13	ja	—	—	1906	—	Pat. selbst.
499 (458)	m.	33	II	—	p.	$1^{1}/_{4}$	ja	nein	ja	4 ℔	—	ja	—	—	1906	—	Dr. A. S.
				II. Stadium.													
50 (50)	w.	27	II	Graviditas mens. II.	p.	$7^{3}/_{4}$ J.	nein	nein	nein	—	—	ja	—	—	1899	—	Pat. selbst.
105 (99)	w.	24	II	—	p.	$2^{3}/_{4}$	—	—	—	—	—	—	—	—	1900	†	Angehörige.
138 (129)	w.	34	R.	Struma. Ren mobil. Ptosis der Abdominalorgane.	p.	$5^{3}/_{4}$	nein	nein	nein	—	—	—	ja	—	1901	—	Dr. A. v. P
152 (143)	w.	21	L.	Darmcatarrh. Sensible Vasomotoren.	p.	$5^{2}/_{4}$	nein	nein	nein	6 ℔	—	ja	—	—	1901	—	Dr. B.
209 (139)	m.	19	II	Darmkatarrh. Anaemia. Lymphadenitis. Neurasthenie.	p.	$4^{3}/_{4}$	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Zeitung.
263 (242)	m.	35	R.	Anaemie.	p.	4	nein	nein	nein	gleich	geblieben	ja	—	—	1003	—	Pat. selbst.
264 (243)	m.	28	II	—	p.	$4^{1}/_{4}$	ja	nein	—	3 ℔	—	ja	—	—	1903	—	Pat. selbst.
285 (263)	w.	28	R.	Anaemie. Morbus Basedowi. Laryngitis simpl. Lymphadenitis. Hystero-Neurasthenia.	?	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Zeitung.
316 (293)	m.	27	II	Anaemia. Habitus paralyticus. Lymphadenitis. Ulcus laryngis.	p.	$3^{2}/_{4}$	ja	37,4	—	—	—	ja	—	—	1904	—	Dr. H. H.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf	Ob Beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
337 (311)	weibl.	27	II	Anaemia. Lymphadenitis.	p.	$2^{3}/_{4}$ J.	nein	nein	—	—	—	ja	—	—	1905	—	Pat. selbst.
343 (317)	w.	30	II	Laryngitis simpl. Obstipation.	p.	$2^{3}/_{4}$	nein	nein	nein	20 ℔	—	—	ja	—	1905	—	Pat. selbst.
357 (330)	mänl.	32	II	Laryngitis tub. Anaemie.	?	3	ja	nein	ja	—	—	ja	—	—	1905	—	Pat. selbst.
364 (336)	m.	18	R.	Anaemie.	p.	$1^{1}/_{2}$	nein	nein	nein	—	ja	ja	—	—	1906	—	Pat. selbst.
382 (357)	w.	26	L.	Anaemie. Hystero-Neurasthenie.	p.	3	ja	ja	—	—	—	—	ja	—	1905	—	Pat. selbst.
392 (360)	m.	54	II	Anaemie. Lymphadenitis.	p.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Zeitung.
407 (374)	w.	24	II	Anaemie. Nervosität. Lymphadenitis.	p.	$1^{3}/_{4}$	nein	nein	nein	—	2 ℔	ja	—	—	1906	—	Pat. selbst.
412 (378)	m.	20	R.	Anaemie. Lymphadenitis.	n.	$1^{1}/_{4}$	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Zeitung.
417 (383)	m.	37	II	—	p.	2	nein	nein	—	—	10 ℔	ja	—	—	1906	—	Dr. E.
421 (387)	m.	20	II	Anaemie. Nephritis. Neurasthenie.	n.	2 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1907	†	Zeitung.
430 (396)	m.	31	R.	Anaemie. Ikterus. Lipoma. Pect. carinat. Leber- u. Milztumor.	p.	2 J.	nein	nein	—	gleich	geblieben	ja	—	—	1906	—	Dr. N. Sch.
439 (405)	m.	44	R.	—	p.	2	ja	nein	—	—	15 ℔	ja	—	—	1906	—	Pat. selbst.
455 (420)	m.	25	R.	Anaemie. Nervosität.	p.	$1^{1}/_{4}$	ja	nein	nein	—	ja	ja	—	—	1906	—	Pat. selbst.
461 (424)	m.	43	II	Anaemie. Neurasthenie.	p.	$1^{3}/_{4}$	nein	nein	—	20 ℔	—	ja	—	—	1906	—	Pat. selbst.
477 (439)	w.	48	II	Hystero-Neurasthenie. Anaemie. Lymphadenitis.	p.	3 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Angehörige.
516 (474)	w.	24	II	Anaemie. Lymphadenitis.	n.	4 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1907	†	Bekannte.
520 (477)	w.	23	II	Anaemie.	p.	1 J.	nein	nein	—	—	8 ℔	—	ja	—	1907	—	Pat. selbst.
532 (488)	m.	25	II	Nervosität	p.	1	ja	nein	—	—	12 ℔	—	ja	—	1907	—	Pat. selbst.

III. Stadium.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Komplikationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf	Ob Beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
122 (114)	mänl.	9	II	Ekzema.	p.	$7^{1}/_{3}$ J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1901	†	Mutter.
130 (83)	m.	33	II	Pharyngo-Laryngitis.	p.	$6^{1}/_{2}$	ja	nein	?	—	—	—	ja	—	1901	—	Pat. selbst
181 (168)	m.	37	II	Anaemie. Ikterus. Milztumor. Darmkatarrh. Aorteninsufficienz. Lymphadenitis.	p.	$5^{2}/_{3}$	ja	nein	—	—	—	ja	—	—	1902	—	Dr. L.
200 (184)	m.	24	II	Habitus phthisicus. Anaemia. Laryngitis simpl.	p.	5	zuweilen	nein	—	—	7℔	ja	—	—	1903	—	Pat. selbst.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Complicationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt	Ob noch Beschwerden v. Seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht. Zunahme.	Gewicht. Abnahme.	Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftsgeber.
206 (190)	mänl.	25	II	Laryngitis simpl.	p.'	$4^2/_3$	ja	37,3	—	—	ja	—	—	—	1903	—	Pat. selbst.
269 (248)	m.	33	II	Thoraxdifformität. Anaemie. Lues.	p.	$^3/_4$	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Angehörige.
275 (253)	w.	18	II	Anaemia gravis. Laryng. tub. Lymphadenitis.	n.	$^1/_4$	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Freundin.
276 (254)	m.	27	II	Habitus phthisicus. Aeusserste Anaemie. Ulcus laryngis. Enteritis tub. Skoliosis.	?	$^1/_4$	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Zeitung.
280 (258)	m.	50	II	Magenkatarrh.	=	$2^3/_4$	—	—	—	—	—	—	—	—	1903	†	Zeitung.
283 (261)	m.	32	II	Anaemie. Darmkatarrh. Neurasthenie. Lebertumor.	p.	$2^3/_4$	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Verwandte.
289 (267)	w.	27	II	Anaemie. Habitus paralyticus.	p.	$3^3/_4$	nein	nein	nein	gleich	geblieben	—	ja	—	1904	–	Dr. D. F.
292 (270)	w.	32	L.	Aeusserste Anaemie. Graviditas. Albuminurie.	?	8 M.	—	—	—	—	—		—	—	1904	†	Zeitung.
294 (272)	m.	36	II	Lymphadenitis. Anaemie. Laryngitis tub.	p.	2 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Bekannter.
298 (275)	m.	31	II	Anaemie. Lymphadenitis. Lebertumor.	n.	2 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Bekannter.
306 (283)	m.	18	II	Anaemie. Lymphadenitis.	p.	$3^1/_2$	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Bruder.
313 (290)	m.	26	II	Habitus phthisicus. Anaemia gravis. Lymphadenitis tub.	?	1 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Dr. W. S.
324 (301)	m.	22	II	Anaemia gravis. Lymphadenitis. Enteritis tuberculosa.	n.	2 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Zeitung.
329	w.	21	II	Aeusserste Anaemie.	=	$2^1/_2$ J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Angehörige.
330 (304)	m.	21	R.	Anaemia gravis. Ikterus.	n.	5 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Zeitung.
331 (305)	m.	37	II	Anaemie. Laryngitis simpl.	n.	2 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Angehörige.
332 (306)	m.	38	II	Anaemia gravis. Enteritis et laryngitis tub.	n.	?	—	—	—	—	—	—	—	—	1904	†	Bekannter.
336 (322)	m.	27	II	Anaemie. Lymphadenitis. Laryngitis.	Y	3 J.	ja	nein	ja	gleich	geblieben	—	—	ja	1905	—	Dr. L. S.
348 (322)	m.	40	L.	Skoliosis. Anaemie. Lymphadenitis.	p.	1 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Dr. E. M.
362 (334)	m.	49	II	Anaemie. Neurasthenie.	p.	2 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Zeitung.
379 (348)	w.	20	II	Anaemia gravis. Darmkatarrh.	n.	?	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Bekannte.
380 (349)	w.	20	II	Anaemie. Nervosität.	n.	$^3/_4$ J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Zeitung.
381 (350)	w.	31	II	Aeusserste Anaemie. Neurasthenie.	=	$1^1/_2$ J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Bekannte.

№	Geschlecht.	Alter.	Art der Erkrankung.	Bestehende Complicationen.	Resultate beim Austritt.	Wie lange nach Austritt.	Ob noch Beschwerden v. seiten d. Lungen.	Ob Fieber.	Ob Tbbc.	Gewicht.		Ob im Beruf.	Ob beschäftigungslos.	Ob in der Kur.	Jahresbericht.	Ob gestorben.	Auskunftgeber.
										Zunahme.	Abnahme.						
384 (353)	weibl.	19	II	Cholethiasis.	p.	3/4 J.	ja'	ja	ja	—	ja	—	—	ja	1906	†	Dr. P.
385 (354)	mänl.	43	II	Anaemia gravis. Lues. Albuminurie.	?	1/4 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1905	†	Dr. A. v. P.
399 (368)	w.	37	II	Anaemia. Lymphadenitis.	p.	?	—	—	—	—	—	—	—	-	1905	†	Bekannte.
414 (380)	w.	28	II	Habitus phthisicus Anaemie. Lymphadenitis.	p.	1 J.	—	—	—	—	-	—	—	—	1906	†	Gatte.
424 (390)	w.	15	II	Anaemia gravis. Lymphadenitis.	n.	5 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Todesanzeige.
433 (399)	w.	27	R.	Anaemia gravis. Lymphadenitis.	n.	1 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Zeitung.
434 (400)	m.	19	R.	Anaemia gravis. Lymphadenitis.	n.	2 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Zeitung.
435 (401)	m.	42	II	Anaemia. Ulcus laryngis.	p.	1 J.	—	—	—	—	—		—	—	1906	†	Zeitung.
440 (406)	m.	33	II	—	p.	2 J.	nein	nein	—	—	8 ℔	ja	—	—	1906	—	Pat. selbst.
470 (432)	m.	26	II	Anaemia. Neurasthenie. Lymphadenitis.	p.	?	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Bekannte.
474 (435)	w.	25	L.	Anaemia. Ulcus laryngis. Lymphadenitis.	n.	4 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Mutter.
476 (438)	m.	60	II	Anaemia. Arteriosklerosis. Dilatatio cordis. Lebertumor.	n.	1 1/4 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Gattin.
479 (440)	w.	25	II	Phthisis florida.	n.	1 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Hospital.
486 (448)	m.	44	II	Anaemia.	n.	1/2 J.	—	—	-	—	—	—	—	—	1907	†	Gattin.
494 (454)	m.	52	II	Anaemia gravis.	n.	2 W.	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Zeitung.
497 (457)	m.	21	II	Laryngitis et Enteritis tuberculosa.	n.	1 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Dr. A. v. P.
502 (462)	m.	26	II	Anaemia gravis. Lues. Ulcus laryngis.	n.	3/4 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1907	†	Gattin.
514 (395)	m.	37	II	Anaemie. Ulcus laryngis. Lues.	n.	?	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Bekannter.
515 (473)	w.	41	II	Anaemia. gravis. Ulcus laryngis.	?	3 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1907	†	Gatte.
517 (210)	m.	43	II	Fistula ani. Thorax difform. Anaemia gravis.	=	1 1/2 M.	—	—	—	—	—	—	—	—	1906	†	Zeitung.
533 (489)	m.	20	II	Enteritis tuberculosa.	n.	1 M.	—		—	—	—	—	—	—	1907	†	Bekannte.

	Berichtsjahr: pCt.	Vorjahr: pCt.
positiv	61 = 65,7	60 = 69,0
gleichgeblieben	13 = 14,0	7 = 8,0
fraglich	6 = 6,4	7 = 8,0
negativ	10 = 10,7	12 = 13,[illegible]
gestorben sind	3 = 3,2	1 = 1,1

Zur Beurteilung von Dauerresultaten bringen die zum Schluss folgenden Tabellen unter Bezugnahme auf die entsprechenden Jahresberichte kurze Nachrichten über das weitere Ergehen früher in der Kur gewesener Patienten, nur soweit diese Angaben zuverlässig erschienen.

Leider ist ein grosser Teil der Umfragekarten dieses Mal unbeantwortet geblieben.

Albrecht von Haller.

Ein Gedenkblatt zur 200-sten Wiederkehr seines Geburtstages.

Von

Franz Dörbeck.

Die Geburtstage der grossen Männer, seien es Forscher auf wissenschaftlichem Gebiet, seien es Reformatoren auf politischem, bilden Merksteine auf dem Wege der Culturentwickelung der Menschheit, die lange bestehen bleiben, wenn auch manche neue Generation seither herangewachsen und die Menschheit seitdem manchen Schritt vorwärts gekommen ist auf der ansteigenden Bahn des geistigen und sittlichen Fortschritts. Es ist nützlich, an solchen Merksteinen eine Zeitlang zu rasten und Umschau zu halten über das, was ein grosser Mann geleistet und wofür ihm „die nahen und fernen Geschlechter" Dank wissen müssen. Zu solchen monumentalen Grössen, die alle Zeitgenossen überragen, gehört ohne Frage Albrecht Haller, dessen 200-jähriger Geburtstag in diesen Tagen allen Naturforschern und Aerzten die Erinnerung an sein Forschen und Wirken wachruft, bildet es doch das Fundament, auf dem die weitere Entwickelung der biologischen Wissenschaften und speciell der Physiologie gegründet ist.

Albrecht Haller wurde am 16. October (nach anderen Angaben am 8. October) 1708 als jüngster Sohn eines Juristen in Bern geboren. Mit 15 Jahren bezog er die Universität Tübingen, um Medicin zu studieren, ging dann später nach Leiden, wo er Boerhave, Albinus und auch noch den alten Anatomen Ruysch hörte und 1727 zum Doctor der Medicin promoviert wurde. Nachdem er seine Kenntnisse durch Studien in Paris, London und Basel noch bedeutend erweitert und vertieft hatte, liess er sich 1729 in Bern als practischer Arzt nieder und hielt hier Vorlesungen über Anatomie an dem anatomischen Theater, während er gleichzeitig das Amt eines Stadtbibliothekars versah. Von Liebe zu den Naturschönheiten seiner Heimat erfüllt, bereiste er jährlich die Alpen, und die Frucht dieser Reisen bildeten zwei literarische Producte auf scheinbar einander entgegengesetzten Gebieten, die nur in einem so genial veranlagten Kopf wie Haller gleichzeitig heranreifen konnten. Es sind dies: die botanische Studie — Enumeratio stirpium helveticarum und das bedeutendste unter seinen Gedichten — «die Alpen». Schon früher hatte sich Haller in der Poesie versucht und manche lyrische Gedichte verfasst, in denen er im Gegensatz zu Gottsched Gemüt und Empfindung zur Geltung kommen liess, aber in den „Alpen" hat er durch die poetische Naturschilderung bahnbrechend für die deutsche Dichtung gewirkt. Entsprechend seiner ganzen Anlage als kritischer Gelehrter und empirischer Naturforscher hat er in diesem Gedicht die didactische Richtung, wie auch in anderen Gedichten vertreten, wobei er aber, wie gesagt, Gemüt und Empfindung zu ihrem Recht kommen lässt. Es ist hier nicht der Ort, auf Hallers Bedeutung für die deutsche Dichtung näher einzugehen, nur so viel sei erwähnt, dass er auch in späteren Jahren als Prof. in Göttingen und in seiner administrativen Stellung in Bern sich mit der Poesie beschäftigte und unter anderen mehrere Romane („Usong", „Fabius und Cato", „Alfred") verfasste, in welchen er den leider von vielen Politikern nicht genügend erkannten und gewürdigten Gedanken zum Ausdruck brachte, dass es bei einer Staatsverfassung weniger auf die Form als auf die Handhabung ankommt.

Im Jahre 1736 wurde Haller durch König Georg II. von England, Kurfürsten v. Hannover und Braunschweig, an die Universität Göttingen als Prof. der Botanik, Anatomie und Chirurgie berufen. Hier bot sich dem Genie Hallers reichliche Gelegenheit, für die weitgehendste Entfaltung, und im Laufe seines fast 17-jährigen Wirkens an der Universität hat er als Lehrer, Forscher und Schriftsteller eine so riesige Fülle von Arbeit geleistet, dass man nur staunen kann und sich fragen muss, wo er die Zeit dazu hernahm. Auf dem Gebiete der Anatomie und Physiologie hat Haller hier die Grundlagen geschaffen, die nicht nur für das XVIII. Jahrhundert sondern auch für die fernere Entwickelung dieser Wissenschaften, die er als etwas streng Zusammengehöriges betrachtete und deren Trennung in gesonderte Disciplinen er nicht gelten liess, massgebend blieben. Während er sich mit anatomischen Untersuchungen der Respirationsmusculatur und speciell des Zwerchfells beschäftigte, schuf er gleichzeitig die Elemente der Lehre von der Mechanik der Atmung und neben Arbeiten über die Anatomie der Gefässe (Tripus Halleri, conus vasculosus H., vasculum aberans H., Rete H.) veröffentlichte er solche über die Dynamik des Blutkreislaufs, lieferte Beiträge über die Anatomie der Tiere, über das bebrütete Ei, über botanische und chirurgische Themata. Am bedeutendsten und wertvollsten sind aber seine berühmten Versuche über die Irritabilität der Muskelfaser und die Sensibilität der Nervenfaser, durch welche zwei specifische Eigenschaften der lebenden Gewebe zum ersten Mal festgestellt wurden. Allerdings gaben diese Untersuchungen Hallers den Grund für die spätere Entwickelung des Vitalismus mit allen seinen unerwünschten Auswüchsen, aber das ist ja das Geschick der grossen Ideen, dass sie, von mittelmässigen Köpfen nicht recht verstanden, eine Verallgemeinerung erfahren, wie sie ihr Urheber weder gewünscht noch gedacht hatte.

In Göttingen gründete Haller das anatomische Theater und den botanischen Garten, eine Entbindungsanstalt, ferner ein Collegium der Wundärzte, in welchem er präsidierte, und endlich die „Königliche Societät der Wissenschaften", zu deren lebenslänglichem Vorsitzenden er ernannt wurde. In Anerkennung seiner Verdienste um die Wissenschaft wurde Haller von dem Institut de France, von der Berliner Akademie, der Royal Society in London und der Akademie der Wissenschaften in St. Petersburg zum Mitglied gewählt und von Kaiser Franz I. in den Adelstand erhoben. Und nachdem ihm die höchsten Ehrungen zu Teil geworden, legte Haller alle seine Aemter nieder und siedelte in seine Heimatstadt Bern über, wo er die verhältnismässig bescheidene Stellung eines Rathausammans annahm. Später wurde er zum Director des Bernischen Salzwerkes zu Roche ernannt, dessen Einrichtung er wesentlich verbesserte, und dann folgte seine Erkennung zum Mitglied des Sanitätscollegiums und der ökonomischen Kommission, während er interi-

mistisch 1762—63 das Amt eines Landvogtes von Aigle bekleidete. Seine bescheidene Stellung in Bern behielt er bis an sein Lebensende inne, nachdem er 1769 das Angebot des Königs von England, das Amt des Universitätskanzlers von Göttingen zu übernehmen, abgelehnt hatte. Trotz seiner Anhänglichkeit an seine Heimatstadt verstand es diese nicht, ihren grössten Bürger zu ehren, wie er es wohl verdient hatte und wie er es im Stillen gewünscht haben soll: zum Mitglied des Rates von Bern wurde Haller nicht erwählt. Er starb am 12. December 1777.

Die Schriften Hallers sind überaus zahlreich. Es seien erwähnt: Bibliotheca botanica (2 Bde), Bibliotheca anatomica (2 Bde), Bibliotheca chirurgica (2 Bde), Bibliotheca medicinae practicae (4 Bde), De functionibus corporis humani praecipuarum partium; Opuscula anatomica minora (8 Bde), Elementa physiologiae corporis humani (8 Bde), Opuscula pathologica, De respiratione experimenta anatomica und Mémoires sur la respiration. Ausserdem lieferte er zahlreiche Beiträge zu den „Commentarii Societatis Gottingensis, und die Zahl seiner Bücherbesprechungen in verschiedenen Zeitschriften geht in die Tausende.

Hallers Grösse bestand darin, dass er das gesamte Gebiet der Naturwissenschaften und Medicin beherrschte wie kein Anderer. Seine Kenntnis der anatomischen und physiologischen Literatur ist von einer staunenswerten Umfassenheit, und in seinen Werken findet alles, was von seinen Vorgängern bis auf die älteste Zeit geleistet worden, eingehendste kritische Berücksichtigung, sodass seine Nachfolger sich die Mühe des Durchstöberns der alten Literatur sparen können. Diese Kenntnis der Literatur wusste er mit scharfem, kritischem Verstande bei seinen Untersuchungen auszunutzen, wobei er doch das Hauptgewicht auf das physiologische Experiment legte und im Gegensatz zu den Theoretikern des XVII. und XVIII. Jahrhunderts der empirischen Forschung beim Studium der Naturwissenschaften den ersten Platz eingeräumt wissen wollte. Auf all' den verschiedenen Gebieten, auf denen er sich während seines langen Lebens betätigte, hat er Grosses geleistet und sich den Dank der Zeitgenossen wie der Nachwelt gesichert, denn „wer den Besten seiner Zeit genug getan, der hat gelebt für alle Zeiten".

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Friedländer: Erkrankungen der peripherischen Nerven. 19. Heft der physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen, herausgegeben von Marcuse und Strasser. Verlag von Ferd. Enke, Stuttgart. 1907. 56 Seiten. Preis 1,20 Mark.

Fussend auf der Literatur und eigener Erfahrung, bespricht Verf. in kurzer ansprechender Form die physikalische Behandlung der Neuralgien, der Lähmungen der peripherischen und Hirnnerven, der localisierten Krämpfe, der Chorea und der Paralysis agitans.

Michelson.

Rudolf Kobert: Lehrbuch der Pharmakotherapie. Zweite durchweg neu bearbeitete Auflage. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke. 1908.

Die erste Hälfte des neu bearbeiteten Lehrbuches, welche uns vorliegt, enthält den allgemeinen Teil vollständig und vom speciellen Teil die ersten beiden Abteilungen sowie einen Teil der dritten Abteilung. Dass der Verfasser, welcher leider schon vor über 20 Jahren seine so fruchtbringende Tätigkeit als Lehrkraft an der Universität Dorpat aufzugeben sich veranlasst sah, seine Lehrtätigkeit durch Herausgabe seines Lehrbuches fortsetzt, wird ihm gewiss den Dank eines nicht geringen Teiles der Collegen einbringen. Durch die Neubearbeitung seines Lehrbuches, wird sich der Verfasser in den Lesern des vorzüglichen Werkes, einen stets wachsenden Schülerkreis werben.

E. v. Mickwitz.

L. Becker: Die Simulation von Krankheiten und ihre Beurteilung. Leipzig, 1908. Verlag von Georg Thieme. 294 Seiten. Preis 8 Mark.

Das Buch will den practischen Arzt, der auch bei uns in Russland immer öfter in die Lage kommt, auf versicherungsrechtlichem Gebiete ein Gutachten abgeben zu müssen, befähigen zur Stellungnahme gegenüber einer Begleiterscheinung der Unfall- und Invalidenversicherung, gegenüber der Simulation und der Uebertreibung von Krankheiten und Unfallschäden zum Zweck der Erlangung unrechtmässiger Vorteile auf Grund des Versicherungsverhältnisses. Diese Aufgabe erfüllt das Buch in ausgezeichneter Weise, so dass jeder Arzt, auch ohne Spezialist zu sein, an seiner Hand in zweifelhaften Fällen sich zurechtfinden kann. Den Stoff haben mehrere Mitarbeiter unter sich geteilt. Becker bearbeitet den allgemeinen Teil und im speciellen Teile die Simulation von äusseren Schäden, Ewald Stier bespricht die Simulation von Krankheiten der Brust- und Bauchorgane, Friedrich Leppmann diejenige von Nerven- und von Geisteskrankheiten, Karl Wessely diejenige von Krankheiten und Functionsstörungen der Augen, Arthur Hartmann diejenige von Ohrenkrankheiten.

Michelson.

Protokolle des IV. Aerztetages der Estländischen Aerztlichen Gesellschaft am 11., 12. und 13. November 1907 zu Reval.

4. Sitzung.

(Fortsetzung).

Dr. Weidenbaum-Riga: Die Ausschaltung oder Herabsetzung des Schmerzes ist in der Geburtshülfe durchaus nicht gleichgültig, sondern unbedingt nützlich, da sie den normalen Verlauf der Geburt fördert. Die Kreissende, welche starke Schmerzen empfindet, presst nicht gut mit und widersetzt sich so z. B. der gewiss schmerzhaften Dehnung des Dammes in der Austreibungsperiode. Wir müssen daher jedes Mittel zur Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit der Geburt freudig begrüssen, so auch die Scopolamin-Morph.-Dämmerschlaf-Methode, welche so günstige Resultate liefert, wie die Literatur lehrt und wie College v. Keyserlingk uns soeben berichtet hat. Leider ist die Methode eben hauptsächlich Kliniken vorbehalten, denen ein geschultes Personal zur Disposition steht. Für die Privatpraxis eignet sich die Methode wegen der unerlässlichen steten Beobachtung nicht einmal in den Städten, viel weniger noch auf dem Lande. In solchen Fällen ist aber das Morphium von grossem Wert, dem ich daher warm das Wort reden will. Bei verschiedenen pathologischen Formen des Wehenverlaufes wirkt es wehenregulierend; bei alten Erstgebärenden mit verzögerter Erweiterung des Muttermundes wirkt es in erstaunlicher Weise fördernd (gleichzeitig auch immer schmerzlindernd), so dass ich das Morphium geradezu als ein Zaubermittel bezeichnen muss. Indessen kann ich nicht zugeben, dass das Morphium ganz wirkungslos auf das Kind bleibt. Im Gegenteil, eine Wirkung ist ohne Zweifel da, und wenn man die Menge Morphium, die ein Kind bekommt bei Injection einer Dosis von 2—3 Centigramm der Kreissenden, im Verhältnis der beiden Körpergewichte berechnet, so ergiebt sich in ungünstigen Fällen bis zu etwa 2—3 Milligramm, in günstigen Verhältnissen weniger. Das ist für ein neugeborenes Kind eine ganz beträchtliche Dosis. Olshausen warnt sogar vor dem Gebrauch des Morphiums und spricht von dem Auftreten einer «Morphium-Asphyxie» des Kindes. Letzteres kann ich nun freilich nicht zugeben, sondern muss im Gegenteil aus zahlreichen Beobachtungen aus meiner Praxis auf die durchaus wohltätige Wirkung des Morphiums hinweisen. Das Kind ist nur scheinbar asphyctisch, in Wirklichkeit ist es blos oligopnoisch, ganz ebenso wie College v. Keyserlingk es an seinen Fällen beobachtet hat. Und dann kommt noch hinzu, dass durch das Morphium die Reflexe des Kindes und damit die Wirkung der Reize herabgesetzt werden, die zur Asphyxie führen, also vorzeitige Atembewegung und Aspiration von Schleim und Fruchtwasser veranlassen. Daraus folgt, dass die Wirkung der Morphiuminjection nicht nur nicht nachteilig sondern direct nützlich ist für Mutter und Kind, so dass man es (in medicinalen Dosen) nur warm empfehlen kann, und ich zum Schluss nochmals hervorheben möchte: das Morphium ist in der Geburtshülfe geradezu ein Zaubermittel.

Dr. Weiss weist darauf hin, dass der Geburtsschmerz als solcher wohl kaum als Ursache später eintretender nervöser

Nachkrankheiten in Frage kommen kann; er erinnert sich nicht, nervenkranke Frauen gesehen zu haben, die ihre Neurose auf den Geburtsschmerz selbst zurückgeführt hätten.

Dr. Friedenthal-Reval: Zur Feststellung der Tiefe der Hyoscinnarcose ist die Prüfung des Babinskyschen Reflexes vorgeschlagen worden; nach Gaben von 1/2 mmgr. soll der Reflex in kurzer Zeit auftreten und während der ganzen Dauer des Schlafes anhalten. Eine Nachprüfung, die ich in einigen Fällen vorgenommen, hat mir obiges bestätigt.

Dr. Schroeder-Rothenberg: Die Ausschaltung der Erinnerung an den erlittenen Schmerz schliesst nicht die Möglichkeit aus, dass die Kreissende während des Geburtsactes Schmerzen ausgestanden habe. Häufig wissen Patienten, die scheinbar vollkommen bewusstlos waren, nachträglich über hochgradige Beschwerden zu berichten: krampfhafte Empfindungen in der Schlundmusculatur, Durst, Beängstigungen und Visionen.

Dr. v. Holst-Riga: Auf Dr. Keilmanns Anfrage möchte ich erwidern, dass die Merkfähigkeitsstörung schwerlich als sicherer Masstab für den Nachlass der Schmerzempfindlichkeit dienen kann. Bei den verschiedenartigen Merkfähigkeitsstörungen, die wir als Psychiater häufig genug beobachten können, besteht keineswegs ein näherer Zusammenhang mit partieller oder allgemeiner Analgesie. Speziell bei Scopolaminwirkung handelt es sich m. E. vorwiegend um eine Lähmung der motorischen Functionen; in weit geringerem Masse mögen Beeinflussungen der Sensibilität mitspielen. Die Scopolaminwirkung lässt sich mit der des Curare am besten vergleichen: die eben noch erregten Kranken beruhigen sich oder fallen hin, weil sie nicht mehr Herr ihrer Bewegungen sind.

Dr. Baron Keyserlingk-Reval (Schlusswort): Es sind hier Bedenken geäussert worden sowohl gegen die Linderung physiologischer Schmerzen überhaupt als auch speciell gegen das Scopolamin. Was die ersteren anbetrifft, so kann ich den Standpunkt Dr. Keilmanns nicht teilen: so lange ich nicht weiss, wozu der Geburtsschmerz gut ist, halte ich ihn wie jeden Schmerz für schädlich, und damit ist nicht nur die Berechtigung sondern auch die Pflicht gegeben, ihn nach Möglichkeit zu beseitigen oder zu mildern. Dr. Hunnius gebe ich vollkommen recht, wenn er jedes Mittel verwirft, dass irgendwie auf Mutter oder Kind schädlich einwirken kann. Der Scopolamin-Morphiumdämmerschlaf, richtig angewandt, ist für Mutter und Kind unschädlich.

Dr. Schroeder möchte ich erwidern, dass nicht nur die Erinnerung an den Schmerz genommen, sondern eine bedeutende Hypalgesie ja häufig Analgesie erzielt wird, was die Aussprüche der Mehrgebärenden beweisen. Was das Morphium anbetrifft, so wende ich es auch häufig und gern an, doch eignet es sich nicht zur langdauernden Schmerzbeeinflussung und darf nur in kleinen Dosen gegeben werden, da es nach meinen Erfahrungen leicht auf das Kind wirkt.

Was die Skopolaminpräparate betrifft, so ist ihre pharmakodynamische Ungleichmässigkeit in Betracht zu ziehen, jede neue Sendung muss vorsichtig ausprobiert werden, da ungenügende Wirkungen mit relativ grossen und erschreckende mit Decimilligrammdosen vorkommen. Auch die Psychiatrie würde gern auf das Mittel verzichten, doch lässt es sich als ultimum refugium noch nicht ganz umgehen.

6. Dr. v, Bergmann-Riga: Resection des Darmbeins bei Osteomyelitis.

M. H.! Die Staphylo- und Streptococceninfectionen, die sich im Knochen abspielen, geben ein sehr mannigfaltiges Krankheitsbild. Von den unter den stürmischsten Allgemeinerscheinungen verlaufenden Formen, die in wenigen Tagen zum Tode führen können (Chassaignacs typhus des membres) angefangen, kommen wir zu Formen, die dem acuten Gelenkrheumatismus oder der Gelenktuberculose ähnlich sehen, ja endlich zu solchen, wo fast symptomlos eine schleichende Eiterung sich etabliert hat mit oder ohne Abstossung eines kleinen Sequesters, oder wo eine Eiterung überhaupt nicht vorliegt, sondern wir eine Verdickung des Knochens finden, welche die Ursache für die meist sehr quälenden Schmerzen der Kranken ist.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen am erkankten Knochen entsprechen keineswegs immer der Schwere des Krankheitsbildes.

Wir sehen bei ganz rapid verlaufenden Fällen dazwischen nur Hyperämie und beginnende Erweichung der Knochensubstanz (Curt Müller).

Die Veränderungen der Knochensubstanz bei der in Rede stehenden Erkrankung bestehen in:

1) Hyperämie und Erweichung,
2) miliaren Abscessen,
3) diffuser oder circumscripter eitriger Infiltration und Sequesterbildung,
4) Hyperplasie der Knochensubstanz.

Alle diese Veränderungen kommen am flachen Knochen in gleicher Weise vor wie an Röhrenknochen. Ein principieller Unterschied besteht da nicht, derselbe tritt erst ein in Bezug auf die Behandlung.

Die Behandlung der Osteomyelitis besteht in
1) der Incision
2) Incision, Trepanation, resp. partieller Resection des erkrankten Knochengebietes.
3) Exstirpation oder Resection des erkrankten Knochens.

Während dieser letzte Eingriff bei den Röhrenknochen nur auf die ganz schlimmen, anderenfalls deletär verlaufenden Fälle zu beschränken ist — aus rein funcionellen Rücksichten, so bildet er bei den flachen Knochen die souveräne Methode, denn hier sind functionelle Störungen nicht zu erwarten, da die breite Periostfläche mühelos die verhältnissmässig geringe Schicht Knochensubstanz produciert, welche erforderlich ist, um den Ausfall, der durch die Resection des Knochens entstanden, functionell wieder vollkommen zu ersetzen.

Das Darmbein ist von den flachen Knochen der am häufigsten erkrankte. Die Diagnose ist oft sehr schwer — namentlich im Beginn der Erkrankung, da die vielen anliegenden Weichteile das Abstossen des Knochens sehr erschweren. Wartet man zu lange, so begünstigt man die Entstehung schwerer Complicationen, unter denen in erster Linie die Erkrankung des Hüftgelenkes und dann die der synchondrosis sacroiliaca stehen. Operiert man nicht radical, so geht der Process weiter, das Sitz- und Schambein erkranken, oder es wird das Kreuzbein ergriffen.

Die nach palliativen Eingriffen erfolgenden Heilungen sind selten, sie betreffen dann gewöhnlich die marginalen Erkrankungen des Knochens, während die centralen ganz ausnahmsweise durch einfache Incisionen oder Trepanationen zur Ausheilung gebracht werden können, auch dann noch erweist sich diese als trügerisch, da nach jahrelanger Latenz ein Wiederaufflammen des Processes wiederholt beobachtet worden ist.

Die relative Gutartigkeit der marginalen Erkrankungen ist wohl auf den Schutz des Epiphysenknorpels zurückzuführen, der die crista gegen die Schaufel abgrenzt und erst zwischen dem 20. und 24. Jahr verknöchert. Der paracetabuläre Knorpel verknöchert zwischen dem 9. und 14. Jahr, die Knorpelfuge im Gelenk zwischen dem 12. und 15. Jahr.

Die Auslösung des Darmbeins erfolgt durch den von Larghi bereits empfohlenen, den Darmbeinkamm unberührenden Schnitt. Wenn möglich, wird der Darmbeinkamm erhalten, das Darmbein je nach der Ausbreitung der Erkrankung über dem Gelenk oder im Gelenk ausgelöst, nachdem mit einem breiten Raspatorium die Weichteile aussen und innen abgelöst worden. Hat man den Darmbeinkamm in der Randepiphyse mit dem Meissel durchtrennt und mit kräftigen Haken nach innen gezogen, so ist das Abheben des Periostes von der Innenfläche sehr einfach. Besondere Berücksichtigung erfordert die arteria glutaea superior, die event. gleich unterbunden wird, sobald man sie freigelegt hat.

Tab. I. A. zeigt 17 Fälle von Erkrankungen, die die Randepiphyse betreffen oder sonst localisiert sind, in diesen Fällen ist das Darmbein ausserhalb des Gelenks reseciert worden. (Partielle Resection). Alle Fälle sind geheilt.

Tab. I. B. — 25 Fälle auch von partieller Resection bei diffuser Erkrankung. Die Operation war ungenügend, weil die Ausbreitung des Processes nicht richtig erkannt worden war, von diesen Fällen sind nur 3 in relativ geheiltem Zustande entlassen worden. 17 sind gestorben, 3 in desolatem Zustande von den Angehörigen abgeholt worden.

Diese Tabelle demonstriert, wie auch trotz so grosser Resection die Resultate der Darmbeinosteomyelitisbehandlung dieselben traurigen bleiben, weil man erkrankte Knochenpartien zurücklässt.

Tab. II. 28 Fälle von totaler Resection des Darmbeins (mit dem Acetabulaanteil), davon 14 mit gleichzeitiger Hüftgelenkresection, gaben 21 Heilungen, 7 Todesfälle.

Tab. III. endlich weist 3 Fälle auf, wo das ganze os innominatum entfernt und die betr. untere Extremität exarticuliert werden musste. 2 von diesen Fällen sind geheilt. 1 gestorben.

Die eingreifende Operation kann technische Schwierigkeiten machen, aber sie sind nicht unüberwindlich.

Die Operation wird wohl meist das Vorrecht der Hospitäler in den Städten bleiben, aber es ist nicht einzusehen, warum in einem gut eingerichteten Landhospital sie nicht ausgeführt werden könnte.

Die Nachbehandlung ist mühsam und zeitraubend, aber nur eine radicale Operation und sorgfältige Pflege können Heilung den Unglücklichen, an Darmosteomyelitis Erkrankten bringen, welche bei Palliativmassnahmen gewöhnlich unrettbar verloren sind.

(Autoreferat).

7. Der Vortrag von Prof. Dr. Zoege von Manteuffel-Dorpat fiel aus.

8. Dr. v. Bornhaupt-Riga: «Gefässverletzungen im Kriege». (Correferat).

(Der Vortrag ist in Nr. 19 der St. Petersb. Med. Wochenschrift erschienen).

Discussion: Dr. v. Bergmann-Riga: Das Thema Bornhaupt's berührt auch den praktischen Arzt, der unter den gegenwärtigen Verhältnissen wo Attentate nicht blos vereinzelt und ausnahmsweise vorkommen, seine Praxis ausübt. Die Browning- und Mauserkugel macht auf bestimmte Entfernungen die gleichen Verletzungen wie das Militärgeschoss. Sollen wir bei diesen Verletzungen unbedingt sofort die Gefässunterbindung machen oder können wir ruhig den Verletzten transportieren. Redner spricht sich für den Transport aus, der jedoch unter den richtigen Kautelen — vor Allem ausgiebiger Schienenverband und Immobilisierung der verletzten Extremität — zu geschehen hat.

9. Dr. v. Dehn-Reval: «Diagnostische und therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen». (Der Vortrag ist in Nr. 31 der St. Petersb. Med. Wochenschrift erschienen).

Discussion: Dr. v. Bergmann-Riga glaubt, dass Nierensteine sicherer als Harnblasensteine nachgewiesen werden können. Der letzte Fall, den Redner operiert hat, ist durch das Röntgenbild mit Genauigkeit nachgewiesen worden, obgleich er nur so gross wie eine grosse Erbse war.

Dr. Weiss-Reval betont, dass die Berliner Kliniker sich bezüglich der Radiotherapie d. Morb. Basedowii wenig ermutigend äussern.

Dr. Thomson-Reval spricht über den Wert der Röntgendurchstrahlung bei Lungenerkrankung. In einem Fall handelte es sich um eine abgelaufene Pleuritis mit Schwartenbildung bei bestehender Peritonitis tuberculosa, das andere Mal um ein Infiltrat im rechten Unterlappen. Die Durchleuchtung ergab nichts Neues wohl aber eine überaschende Bestätigung der Diagnose.

Dr. v. Dehn-Reval: In Wien wurden auch bei Nierenaufnahmen negative Resultate als nicht beweisend für das tatsächliche Fehlen angesehen. Ich kann keine Beweise dafür anführen, dass Blasensteine leichter nachzuweisen sind, auch fehlt mir selbst hierin die nötige Erfahrung, doch findet sich diese Ansicht in der einschlägigen Literatur oft bezeichnet. Was die Frage über die Behandlung des Morbus Basedowii betrifft, so scheint sie mir eine sehr complicierte zu sein. Der Morbus Basedowii ist jedenfalls keine einheitliche Krankheit, sondern ein Sammelbegriff; möglich, dass manches Leiden hierher gerechnet wird, dass mit dem Thyreoidismus nichts zu tun hat, vielleicht auf einer Thymuspersistenz beruht, vielleicht zu den Herzneurosen gehört, die zufälligerweise gleichzeitig mit einer Struma besteht. In solchen Fällen wird eine Bestrahlung der Struma, die eine Verringerung ihrer Secretion bezweckt, sicher erfolglos bleiben. Wahrscheinlich beruhen die negativen Ansichten der vom Vorredner genannten Autoritäten auf ähnlichen Miserfolgen. Ich selbst habe glänzende Erfolge der Röntgenbehandlung beim Basedow gesehen; in zwei Fällen, die ich hier zu behandeln Gelegenheit hatte, war das Resultat entschieden ein gutes. Von einer möglichen Schädigung der Kranken durch die Radiotherapie ist mir nichts bekannt, nur muss hier sehr vorsichtig vorgegangen werden, da die Haut der Basedowkranken sehr lichtempfindlich ist.

Die Gefahr der grossen Dosen bei der Lichtbehandlung scheint mir nur dann in Betracht zu kommen, wenn die Seancen zu oft wiederholt werden. Wenn Pausen von je 5 Wochen zwischen je zwei Bestrahlungen desselben Körperteils eingehalten werden, ist eine Cumulation wohl ausgeschlossen. Viel gefährlicher ist die alte Methode, die in oft wiederholten kurzen Bestrahlungen besteht, die bis zum Eintritt der Minimalreaction fortgeführt werden. Dabei können sehr grosse Lichtmengen verabfolgt werden, und die Minimalreaction kann sich leicht als Anfangsstadium einer schweren Verbrennung mit Nekrosen entpuppen.

Der Präses bittet diejenigen Collegen, die Demonstrationen vornehmen wollen, dieselben bei ihm anzumelden.

Auf Vorschlag des Präses werden zu Gliedern der Commission für die Beratungen der baltischen Ärztecongresse Dr. Weiss und Dr. Thomson gewählt.

---

5. Sitzung.

Dienstag von 10—2 Uhr.

1. Dr. Schwarz-Riga: «Die Unfallneurose, eine epidemische Volkserkrankung».
(Der Vortrag ist in Nr. 18 der St. Petersburger Med. Wochenschrift erschienen).

Discussion: Dr. v. Bergmann-Riga: Das Unfallrentengesetz hat fraglos neben seinen hervorragenden Licht- auch bedeutende Schattenseiten. Wie diesem abzuhelfen ist, erscheint nicht recht ersichtlich solange wir Aerzte eine gewisse Kategorie von Verletzungen zunächst nicht richtig zu erkennen vermögen. Gelenkneurosen erweisen sich nach einem Jahr und mehr schliesslich doch als Tuberculose, die sich im Anschluss an das Trauma entwickelt hat, und daher der Patient voll entschädigt werden muss. Wir müssen in diesen Fällen vorsichtig in der Abgabe unseres definitiven Urteils sein. Der menschlichen Unvollkommenheit ist es zuzuschreiben, dass die Kategorie unklarer Fälle nie ganz eliminiert werden wird. Dieser Umstand und die Ungerechtigkeit, die darin liegt, solche Fälle unentschädigt zu lassen, bringen es mit sich, dass stets so und so viele Fälle irrtümlich entschädigt werden. Das ist einer der Fehler, welcher allen menschlichen Einrichtungen anhaften. Er wird in Deutschland vom Staat, Arbeitgeber und Arbeiter zu gleichen Teilen getragen. Ungerecht ist es, dass er bei uns nur dem Arbeitgeber zu tragen gegeben wird.

Dr. Labbé-Reval: Bei der Beurteilung der traumatischen Neurosen sind wir zur Zeit in einem Stadium, wo wir geneigt sind, jeden Fall von traumatischer Neurose mit mistrauischen Blicken zu beobachten, ob nicht Simulation dahintersteckt und darnach auch unser Gutachten abzugeben, vielleicht dass die zwei letzten verflossenen Jahre mit ihrer Revolution und ihren Schrecken auch unbewusst auf uns einen Einfluss ausüben. In Deutschland hat die Beurteilung dieser Krankheit auch 2 Perioden gezeitigt. Als das Unfallversicherungsgesetz in Deutschland erschien, wurden die Fälle am Anfang sehr zu Gunsten der Arbeiter beurteilt, als jedoch die Summen, die jährlich zur Auszahlung kamen, ins Ungeheuere wuchsen und eine Revision eingeleitet wurde, schlug die Beurteilung ins Gegenteil um, und so wie früher die Versicherungsgesellschaften geschädigt wurden, so wurden jetzt die Arbeiter geschädigt. Der goldene Mittelweg muss versucht werden eingehalten zu werden. Wie leicht hier Irrtümer mitlaufen können, will ich Ihnen an einem Beispiel zeigen:

Ein Arbeiter der Metallfabrik stürzte im Februar 1907 aus 2 Faden Höhe auf eine Eisenstange, wobei er sich einen Rippenbruch zuzog; seit der Zeit klagte er über verschiedene Beschwerden, die aber alle so mannigfaltig und wechselnd waren, dass ich auf den Verdacht kam, einen Simulanten vor mir zu haben. Nach $1^1/_2$ monatlicher Beobachtung glaubte ich meiner Sache sicher zu sein und fuhr in die Fabrik, um ihn dort als Simulanten anzugeben, unterwegs jedoch überholte ich den Arbeiter, der kurz vor mir aufgebrochen war und sah ihn auf einer Treppe sitzen mit allen Zeichen schwerer Ermüdung. Dass der junge kräftige Kerl auf dieser kleinen Strecke so ermüden konnte, machte mich doch stutzig, ich kehrte wieder um und zog nun Erkundigungen bei seinen Kameraden ein, die alle eine Veränderung des Charakters feststellen konnten. Nach weiterer Beobachtung stellte ich die Diagnose auf traumatische Neurose, die mittlerweile auch von anderer Seite bestätigt worden ist.

In solchen zweifelhaften Fällen halte ich es darum nicht für ein Unrecht, dem Arbeiter zeitweilich eine Unterstützung zuzusprechen, anstatt ihn einfach als Simulanten zu bezeichnen.

Dr. v. Holst-Riga: Die Bemühungen des Vortragenden, der traumatischen Neurose möglichst viel Boden zu entziehen, sind höchst zeitgemäss und anerkennenswert, und ich möchte mich seiner Auffassung anschliessen.

Nichtspecialisten gegenüber muss jedoch betont werden, dass ein numerisch kleiner Rest derartiger Erkrankungen nachbleibt, bei denen eine organische Schädigung schon durch die Anamnese ausgeschlossen erscheint, da das drohende Trauma im letzten Moment verhütet werden konnte und dadurch nur eine psychische Schädigung nachbleibt. Mir ist ein Locomotivführer bekannt, der im Verlauf einiger Secunden den drohenden Zusammenprall seines Zuges mit einem entgegenkommenden als sicher bevorstehend annehmen musste. Obschon im letzten Augenblick der Zusammenstoss durch die Geistesgegenwart des Weichenstellers verhindert wurde und niemand körperlich zu Schaden kam, erkrankte der Zugführer, wie mir scheint, begreiflicherweise, auch wenn man ihn nicht für psychopathisch disponiert hält, an einem schweren functionellen Nervenleiden, das ihm schon allein durch Angst vor dem Besteigen einer Locomotive die Ausübung seines früheren Berufes unmöglich machte. Für derartige, immerhin seltene Fälle fehlt einstweilen eine bessere Bezeichnung als die von Kraepelin eingeführte Schreckneurose, und so müssen wir uns vorläufig damit behelfen.

Dr. Friedenthal-Seewald: Als therapeutisches Mittel ist von vielen Seiten die einmalige Capitalabfindung vorgeschlagen worden, da ein grosser Teil der traumatischen Neurosen nach einmaliger Abfindung heilt.

Dr. Kusmanoff-Reval: Behufs Einschränkung der grossen Zahl der Entschädigten fordere ich die Collegen auf, bei jeder Begutachtung eines Verletzten die Humanitätsgefühle bei Seite zu lassen und stets nur danach die Höhe des Erwerbsfähigkeitsverlustes zu bemessen, was sie wirklich als constatiert vorhanden erkannt haben und nicht nach dem Wunsche, dem armen Verletzten zu helfen.

Dr. Schwarz-Riga: Eine neue Proposition für das neue Gesetz war die, die betreffenden Kranken gleich von Anfang an der Berufsgenossenschaft zu überweisen; diese hat dann die Curkosten solange zu tragen als der Arzt Beobachtungs-

und Behandlungszeit für nötig hält. Sodann plaidiert man für eine lange anfängliche Schonzeit, die gleichfalls ausgedehnt werden kann, wenn ein Urteil noch nicht möglich. Gewiss giebt es Fälle, die der Beurteilung die allergrössten Schwierigkeiten bereiten. Z. B. liegt eben in der Abteilung ein Kranker, der infolge einer Basisfractur cerebrale Symptome mit linksseitiger Taubheit centralen Ursprungs hat und vollkommen normalen Liquor zeigt. Denken wir uns die centrale Taubheit fort, so bleibt nur ein subjectives Symptomenbild mit normalem Liquor nach. Hier hilft oft die mangelhafte oder ganz ausbleibende Erholung und Körperzunahme während des Krankenhausaufenthalts. Sein Nachbar in der Abteilung, der von Kosaken Schläge erhalten hat, sehr elend einkam, hat sich schnell glänzend erholt. Dem fehlt wohl kaum etwas Ernstes. Die Neurotiker bekommen im Krankenhause immer neue Klagen.

Die vom Collegen Kusmanoff betonten Missstände — die all zu weit gehende Humanität der begutachtenden Aerzte — hat der epidemischen Ausbreitung der Neurose viel Vorschub geleistet, und vor derselben ist mit Recht zu warnen.

Der vom Collegen Labbé geschilderte Kranke dürfte freilich schwer krank sein; vielleicht könnte eine Lumbalpunction Aufklärung schaffen. Es wäre sehr möglich, dass der Kranke unter die Zahl der Patienten gehört, die garkeine Ausfallssymptome zeigen, aber doch cerebrale Läsionen durch das Trauma erlitten haben, die in der Folge zu dem geschilderten meningitisartigen Symptombilde — oder sogar zu Demenz und Siechtum führen.

Die vom Collegen Friedenthal erwähnte Proposition der Capitalabfindung ist schon vor Jahren vom Geheimrat Jolly gemacht worden; in Baden-Baden referierte aber ein Schweizer-College darüber, dass die Schweiz bis jetzt Capitalabfindung gehabt habe und jetzt durch die schlechten Erfahrungen dabei sei, die Ratenabfindung einzuführen. Manche hätten das «Glück», nach Capitalabfindung bald wieder einen Unfall zu erleiden. Hiergegen schützten sich die privaten Versicherungsgesellschaften dadurch, dass sie einmal abgefundene Personen nicht mehr versicherten.

2. Dr. v. Holst-Riga: «Ueber die leichteren Formen des manisch-depressiven Irreseins».

Die leichteren Formen, deren Verständnis nur bei Bekanntschaft mit den wohl ausgebildeten schwereren möglich ist, lassen sich aus praktischen Gründen in zwei Gruppen teilen. Bei der einen begleiten oder verdecken körperliche Beschwerden, in meinen Fällen waren es ausnahmslos Verdauungsstörungen, die psychischen Veränderungen, die in der andern Gruppe das einzige Krankheitszeichen ausmachen. Der Schwerpunkt des Vortrages liegt auf den beiden typischen Krankengeschichten, deren gekürzte Wiedergabe untunlich erscheint und die anderweitig veröffentlicht werden sollen.

(Autoreferat).

Discussion: Dr. Hirsch-Reval betont die grosse Häufigkeit und praktische Wichtigkeit der leichten bis leichtesten Formen der manisch-depressiven Gemütsstörungen und erwähnt als besonders characteristisch bei diesen Zuständen die völlige Einsichtslosigkeit und Unbelehrbarkeit der Kranken dem Wesen ihres Zustandes gegenüber: trotz noch so häufiger periodischer Wiederkehr der einzelnen Phasen der Krankheit und trotz ärztlicher Aufklärung sträuben sie sich dagegen eine innere, psychogene Ursache derselben anzunehmen und ziehen consequent die unwahrscheinlichsten äusseren Dinge als auslösende Momente für den Uebergang des einen Gemütszustandes in den andern heran.

Dr. Weiss-Reval betont, dass namentlich die Fälle des leichteren manisch-depressiven Irreseins, wo die psychische Erkrankung sich unter dem Bilde körperlicher Leiden verbirgt, nicht erkannt wurden. Der Internist muss daher in den Fällen, wo Störungen der Verdauungsorgane u. s. w. periodisch ohne sichtbaren Grund auftreten und verschwinden, an das Vorhandensein manisch-depressiver Zustände denken.

Dr. Baron Maydell-Reval hat mehrfach periodische Verdauungsstörungen, verbunden mit schwerer hypochondrischer Gemütsstimmung, beobachtet, die viel diagnostische Schwierigkeiten machten, bis sie sich als Form des manisch-depressiven Irreseins erwiesen. Die Diagnose ist erschwert durch die mangelhaften anamnestischen Angaben, die diese Patienten machen, da sie charakteristischer Weise die Periodicität ihres Leidens nicht richtig beurteilen. — Der Name «manisch-depressives od. circuläres» Irresein ist ein unglücklich gewählter, da ein «Irresein» eigentlich nicht hervortritt.

Dr. Schroeder-Rothenberg betont, dass die Kenntnis der manisch-depressiven Psychosen nicht nur für den Neurologen und Internisten sondern auch für den Chirurgen von Wichtigkeit ist. Er referiert kurz über einen Fall von man.-depress. gastralgischen Beschwerden, der durch eine hämorrhagische Magenerosion compliciert wurde.

Dieser Fall wurde als ein perforiertes Magengeschwür aufgefasst und hätte beinahe zu einer Gastroenterostomie geführt. Welche Schwierigkeiten dieser Fall speciell der Diagnostik bot, lässt sich daraus ermessen, dass neben der Diagnose «Ulcus ventriculi» noch eine Cholecystitis, Nephrolithiasis, Niereninsufficienz und Uraemie in Betracht gezogen wurde.

Dr. Schwarz-Riga: Die besondere Betonung der leichtesten Formen der manisch-depressiven Psychose ist dankenswert; differentialdiagnostisch sind sie wichtig auch in Bezug auf die hysterischen Symptomenbilder, die in Schüben und Episoden auftreten, und so dem Bilde der Cyclothymie ähneln können.

Diese Bilder wechseln jedoch kaleidoskopisch während bei der Cyclothymie dieselben Bilder sich immer wieder in gleicher od. sehr ähnlicher Form wiederholen und so eine Verwechselung gleich zu vermeiden ist, — es giebt aber doch Fälle, wo eine Diagnose im ersten Anfall schwer ist.

3. Dr. Schroeder-Rothenberg: «Ueber Morbus Basedowii bei Psychosen».

Das Bestreben, immer, wo ein Komplex psychischer und körperlicher Erscheinungen vorliegt, das Psychische aus dem Somatischen abzuleiten, ist vielleicht auf eine allgemein verbreitete Denkgewohnheit zurückzuführen. Man glaubt sich ohne Weiteres berechtigt, das Psychische vom Körperlichen abhängig zu denken, obgleich oft ebenso viel oder ebenso wenig Gründe für ein umgekehrtes Verhältnis sprechen. Besonders auffallend müsste es eigentlich erscheinen, wenn dieses Verfahren bei der Beurteilung der Beziehungen zwischen Basedow und Psychosen angewandt wird.

In allen neurologischen Handbüchern werden unter den Ursachen, die den Basedow auslösen, die Gemütsbewegungen in erster Stelle angeführt. Bei den Psychosen pflegen nun gerade die Gemütserschütterungen, die in der Aetiologie des Basedow eine so grosse Rolle spielen, ungleich dauernder und tiefgreifender zu sein als im normalen Leben. Die Geisteskrankheit enthält aber nicht nur die Bedingungen für ein gehäuftes Auftreten auslösender Factoren, sie ist ihrerseits vielfach das Product derselben neuropatischen Anlagen, deren Bedeutung für das Entstehen des Morbus Basedowii allgemein anerkannt ist. Diese Erwägungen sind sehr naheliegend, dennoch sucht man die Ursachen der Psychosen in den toxischen Producten der Schilddrüse (cf. Parhon, Revue neurol, 1906). Nicht allzuselten wird sogar ausser Acht gelassen, dass die Psychose schon lange vor dem Auftreten des Basedow bestand. Mit nicht minderem Recht könnte das Gegenteil angenommen werden, dass nämlich die Schilddrüse durch die psychische Störung in eine abnorme Tätigkeit versetzt wird und dadurch die Basedowsymptome entstehen.

Vortragender teilt eine Beobachtung mit, die mit nahezu experimenteller Beweiskraft für die Berechtigung solcher Annahmen zu sprechen scheint. Bei einer Patientin, die schon seit längerer Zeit an einer cirkulären Depression litt, trat plötzlich ein schwerer Erregungszustand auf. Sie biss in ihrer Verzweiflung die Zähne so stark aufeinander, dass sechs ihrer Zähne ausfielen. Noch am Abend desselben Tages trat eine deutliche Hervorwölbung, die der Schilddrüsengegend entsprach, an ihrem sehr mageren Halse zum Vorschein. Gleichzeitig war der Puls auf 120—160 gestiegen. Dieses Symptomenbild, das man einen transitorischen, rudimentären Basedow nennen könnte, war nach drei Tagen wieder geschwunden.

Wenn einer vereinzelten Beobachtung keine weitergehenden Schlüsse entnommen werden dürfen, so muss es doch bedenklich erscheinen, wenn man sich durch das gelegentliche Nebeneinanderauftreten von Basedowsymptomen und Psychosen verleiten lässt, diese der Neurose ohne Weiteres zu subordinieren. Wie Vortragender aus Erfahrung weiss, sind der Anstalt Rothenberg mehrfach von Neurologen Patienten mit der Diagnose Basedowpsychosen sui generis übergeben worden, die als typisch manisch-depressive zu bezeichnen waren. Dieselben Patienten hatten schon früher gleichartige Anfälle in der Anstalt durchgemacht, allerdings mit dem Unterschiede, dass damals die Basedowsymptome fehlten.

Es ist bemerkenswert, dass in Rothenberg für 1000 weibliche Aufnahmen nur zwei Fälle angeführt werden können, bei denen vor dem Ausbruch der Psychose ein Morbus Basedowii bestand. Dabei behaupten die Neurologen, dass diese Neurose in Riga ausserordentlich häufig angetroffen wird. Demnach kann man kaum annehmen, dass die Basedowiker in einem beträchtlichen Masse zu psychischen Erkrankungen neigen. In den zwei Fällen tritt sogar die Psychose sehr spät auf, bei der einen Kranken 13 Jahre, bei der zweiten 20 Jahre nach dem Ausbruch der Neurose. Die eine Kranke starb wenige Tage nach der Aufnahme, ohne dass der in der Anstalt beobachtete Geisteszustand sich als solcher beurteilen liess. Die Anamnese sprach für manisch-depressives Irresein. Beim anderen Fall, einer Dementia präcox, muss hervorgehoben werden, dass der Basedow mit der fortschreitenden Demenz stationär wurde. Den hier scheinbar günstigen Einfluss der geistigen Verödung auf den Basedow wird man sich wohl kaum erklären können.

Im Gegensatz zum eben Erwähnten finden wir in einem weit grösserem Procentsatze im Verlaufe von Psychosen mehr oder weniger ausgesprochene Formen des Basedow. Vortragender verfügt über 15 Fälle, die sich in einem Material von etwa 300 Aufnahmen fanden.

Ziffermässig ausgedrückt verhält sich die Häufigkeit, in der in Rothenberg nach Basedowkrankheiten Psychosen gesehen wurden, zur Häufigkeit von Psychosen mit complicierenden Basedowsymptomen wie 1 : 25.

Von diesen 15 Fällen waren 10 manisch-depressive, 4 gehörten der Dementia präcox an, einer war der Hysterie zuzurechnen. Obgleich das Material ein sehr geringes ist, ist doch ein in die Augen springender Gegensatz in der Art und Weise zu bemerken, in der sich einerseits die Fälle der Dementia-Präcox-Gruppe und der Basedow und andererseits die manisch-depressiven Fälle und der Basedow einander gegenüber verhalten. Die Fälle innerhalb der Dementia-Präcox-Gruppe weichen so sehr unter einander ab, dass sie sich unter keinem Gesichtspunkt einheitlich betrachten lassen. Die Basedowsymptome treten in den verschiedensten Entwicklungsphasen der psychischen Erkrankung auf. Die Zu- und Abnahme der Erscheinungen auf Seiten der Neurose wird nicht von entsprechenden Veränderungen auf Seiten der Psychose begleitet. Beim ersten Fall, einer langsam verlaufenden Verblödungsform, tritt im achten Monat der Psychose ein schwerer Basedow auf, während die Kranke phychisch scheinbar lebhafter wird. Die zweite Dementia präcox datiert seit dem Jahre 1888. Seit zwei Jahren leidet sie an einem ausgesprochenen Basedow. Character und Tempo des psychischen Krankheitsverlaufes sind dabei in keiner Weise beeinflusst worden. Beim dritten und vierten Fall handelt es sich um Erregungsformen der Dementia präcox.

Die Erregung hatte bei der einen Kranken einen mehr continuierlichen und chronischen Character. Im Verlaufe der Psychose trat eine mässige Vergrösserung der Schilddrüse mit Pulsbeschleunigung auf, ohne dass sich jedoch diese Symptome zu einem ausgesprochenen Morbus Basedowii entwickelt hätten. Bei der anderen Patientin bewegte sich die Erregung anfangs in abgegrenzten Perioden, wobei mit zunehmender Erregung eine Struma mit Tachykardie und starkem Tremor auftrat. Mit dem Abklingen der Erregung nehmen diese Symptome ab, sie treten aber auch nicht mehr auf, obgleich die Erregung vor 1½ Jahren wieder von neuem ausbrach und bis in die letzte Zeit ununterbrochen gedauert hat.

In einem eclatanten Gegensatz zur Dementia-Präcox-Gruppe sieht man bei den manisch-depressiven Psychosen eine periodische Steigerung der Basedowsymptome, die in ihrer zeitlichen Dauer mit dem psychischen Anfall ausnahmslos übereinstimmt. Der Basedow entwickelt sich nur im Verlauf des psychischen Anfalls zur vollen Höhe, dagegen schwinden in den psychisch gesunden Zeiten die Anzeichen der Neurose in beträchtlichem Masse. In allen beobachteten Fällen fehlte die Tachycardie in den freien Intervallen vollständig. Aber auch Struma und Exophthalmos liessen regelmässig eine weitgehende Rückbildung erkennen, so auch in einem Falle, der von einem Neurologen mit einer quoad vitam aussichtslosen Prognose übergeben wurde. Dieselbe Kranke hat sich in den letzten 3 Jahren von Zeit zu Zeit wieder vorgestellt. Ein leichter Exophthalmos und eine geringe Struma sind bis in die letzte Zeit stationär geblieben. Nur vor 1½ Jahren während einer leichten abortiven Depression flackerte die Neurose vorübergehend wieder auf. Sieben Fälle der manisch-depressiven Gruppe können als Morbus Basedowii im engeren Sinne bezeichnet werden. Die schweren Formen der Neurose betrafen ausschliesslich solche Patienten, die mehr als einen manisch-depressiven Anfall stärkeren Grades hinter sich hatten.

Unter der Voraussetzung, dass eine Verallgemeinerung über den Umkreis des hier geschilderten geringen Materials zu vermeiden ist, lässt sich das über Psychosen mit nachfolgendem Basedow Gesagte kurz dahin resümieren:

1. Innerhalb der Dementia-Präcox-Gruppe fehlt jegliche Uebereinstimmung zwischen dem Verlauf der Psychose und der Neurose.

2. Innerhalb der manisch-depressiven Gruppe herrscht ein deutlicher Parallelismus.

(Autoreferat).

Discussion: Dr. Pangratz-Ludwigsthal: Im letzten Jahre behandelte ich einen Fall von hochgradigem Morbus Basedowii. Die Anamnese ergab, dass vor 3 Jahren manisch-depressive Zustände bestanden hatten, die hervorgerufen waren durch Vorkommisse in der Familie. Die Therapie mit Antithyreoidin ergab keinen Erfolg. Es wäre Redner interessant, zu erfahren, welche Erfahrungen die Neurologen mit diesem Mittel gemacht hätten.

Dr. Weiss-Reval hat von Antithyreoidin und Rhodagen keine durchschlagenden Erfolge gesehen. Wenn nach genügend langer Anwendung diätetischer und hydrotherapeutischer Methoden keine deutliche Besserung eintritt, schlägt Redner seinen Patienten die Operation vor. Besonders gute Chancen bieten für die chirurgische Behandlung die Fälle mit mehr circumscripter Struma. Die diffusen Strumen erfordern gewöhnlich mehrfache Operationen. Weiss warnt vor dem Gebrauch von Jodpräparaten in den Fällen, wo Verdacht auf beginnenden Morb. Bas. vorliegt. Man sieht nicht selten unter dieser Therapie die bisher nur angedeuteten Symptome zum vollen Bilde des Morb. Basedowii sich erweitern.

4. Dr. Friedenthal-Seewald (Reval): «Ein Fall von Huntingtonscher Chorea».

(Der Vortrag ist in Nr. 29 der St. Petersburger Med. Wochenschrift erschienen).

Discussion: Dr. Schwarz-Riga fragt, wie sich die Glandula thyreoidea verhalte. Von Weitem gesehen, scheine die Gl. thyreoidea sehr schwach entwickelt zu sein; man hat bei Dementia praecox, die als chronische Vergiftung von Kraepelin gezeichnet worden ist, den Vorschlag gemacht, Thyreoideapräparate zu reichen, weil bei diesen Kranken die Thyreoidea sehr schwach entwickelt zu sein scheint. Eine Analogie der Huntingtonschen Chorea mit der Dementia praecox besteht doch in vielen Punkten.

Dr. Weiss-Reval weist im Anschluss an das von Dr. Schwarz Gesagte darauf hin, dass von einigen Autoren der Atrophie od. Aplasie der Schilddrüse eine Rolle beim Zustandekommen der Paralysis agitans zugesprochen wird.

Dr. v. Holst-Riga: Ganz besonders interessant und, soviel mir bekannt, noch vorher nicht beobachtet ist der soeben vom Vortragenden geschilderte Zusammenhang zwischen den Aequivalenten des manisch-depressiven Irreseins und dem complicierenden Basedow.

Unter einer grossen Zahl von Basedowfällen habe ich nur zweimal Uebergang in eine Psychose beobachtet. Das eine Mal ging die Patientin unter den Zeichen eines Deliriums, Unruhe und Hallucinationen in etwa vierzehn Tagen nach Ausbruch der Psychose an Entkräftung trotz aller nur denkbaren Pflege zu Grunde. Im zweiten Falle trat eine hebephrenische Verblödung ein, die in unregelmässigen Intervallen bald weniger bald stärker zum Vorschein kam und bisher zu einem recht erheblichen Schwachsinnsgrad geführt hat. Auf die Frage eines der Herrn Collegen nach der Wirkung von Rhodagen und Antithyreoidin erlaube ich mir, darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung des therapeutischen Effects dieser Präparate aus folgenden Gründen schwer ist. Bei Unbemittelten können sie wegen ihrer Kostspieligkeit noch nicht verwandt werden, Wohlhabende dagegen wollen ungern auf die anderen bewährten therapeutischen Hilfsmittel verzichten, und bei einem eventuellen Erfolge der combinierten Behandlung kann von genauer Einschätzung des Einzelfactors kaum die Rede sein. Mir scheint es zweckmässig, nach wie vor den Schwerpunkt der Behandlung beim leisesten Verdacht auf Basedow auf Ruhe, Halbbäder und milchreiche, fleischarme Diät zu legen. Führt diese Behandlung nicht bald zu nennenswerter Besserung, so muss an die Operation gedacht werden.

Noch einmal möchte ich vor der Verordnung von Thyreodintabletten nachdrücklich warnen, die einen Kunstfehler bedeutet, da ich ihre schädliche Wirkung noch bis in die letzte Zeit immer wieder an mir zugesandten Kranken constatieren konnte.

5. Dr. Kupffer-Kuda: «Die Lepra in Estland im letzten Jahrzehnt».

M. H. Am 16. December 1906 vollendeten sich 10 Jahre seit Eröffnung des Leprosoriums zu Kuda. Das giebt mir die Veranlassung, Ihnen kurz Bericht zu erstatten über die Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Estland.

Der Kampf gegen die Lepra begann hier Mitte der neunziger Jahre damit, dass auf Landesrechnung eine Anzahl Leprakranker in den livländischen Anstalten interniert wurde. Jedoch schon nach einigen Jahren schritt die Landesverwaltung zur Gründung eines eigenen Leprosoriums für Estland.

Vor Eröffnung der Anstalt wurde eine Umfrage über die Zahl der im Lande bisher vorgekommenen Erkrankungen an Lepra angestellt und dabei 51 Fälle nach Abzug der fälschlich Gemeldeten zu Tage gefördert. Weitere Nachforschungen und Anzeigen ergaben in den Jahren bis 1901 Daten über 50 neue Krankheitsfälle. Ich sammelte dann noch aus den Doctorschriften von Brehm, Wellberg und Hellat eine Anzahl bisher nicht rubricierter Fälle hinzu und erlangte auf diese Weise nach Anbringung der notwendigen Correcturen Angaben über 127 zu Estland gehörige Lepröse.

Im Juni 1901 erhielt ich von der Landesverwaltung auf mein diesbezügliches Ansuchen hin den Auftrag, die Verbreitung der Lepra in Estland näher zu erforschen und zugleich die Internierung der noch draussen lebenden Leprösen in die Wege zu leiten.

In Folge eines Gesuches seitens des Ritterschaftshauptmanns wandte sich der damalige Gouverneur mit einem Rundschreiben an die ihm unterstellten Amtspersonen und forderte sie auf, mich bei der nun beginnenden Tätigkeit als Lepraarzt des Gouvernements in jeder Weise zu unterstützen und ordnete neben Anderem an, dass alle zur Kenntnis kommenden Lepra-

fälle auch dem Lepraarzte anzuzeigen und alle leprösen Siechen in das Leprosorium überzuführen seien.

Nachdem die Vorarbeiten beendet waren, zog ich nun nach meiner Liste die mir noch nicht bekannten Leprösen in Estland zur Untersuchung heran. Meist suchte ich dieselben zu Hause auf, stellte an Ort und Stelle Nachforschungen nach ähnlichen Fällen an, erkundigte mich nach verstorbenen Kranken und besichtigte alle mir verdächtig Erscheinenden. In den bekannten Lepraherden wurden Massenuntersuchungen ganzer Dörfer oder Höfe ausgeführt. Andere Patienten stellten sich auf meinen Wunsch hin den Kreis- und Stadtärzten vor, sodass in kurzer Zeit ein Ueberblick gewonnen wurde. Da Bevölkerung und Behörden gleich entgegenkommend waren, gelang es bald, von den alten Fällen ausgehend, neue zu entdecken.

Bei jeder Gelegenheit wurde die Bevölkerung über das Wesen der Lepra aufgeklärt. Der Erfolg dieses Verfahrens blieb nicht aus. Im Laufe eines halben Jahres war die Ueberführung von 20 Patienten in die Anstalt vollzogen und bereits am 1. Sept. 1902 besassen wir Daten über weitere 66 Fälle.

Das Jahr 1902 gab uns neue und wichtige Hülfsmittel für den Kampf gegen die Lepra in die Hand. Das Medicinal-Departement erklärte nämlich damals in einem Rundschreiben die Lepra für eine wenigstens in gewissen Formen ansteckende Krankheit.

Sodann gelang es, auf Grundlage des eben erwähnten Cirkulars in Estland eine ständige sog. Gouvernementsleprakommission einzusetzen, welche unter dem Präsidium des Gouverneurs und bestehend aus den Vetretern der in Frage kommenden Landschaften sowie den Medicinalbeamten und 3 Aerzten alle die Diagnose, Isolierung und Internierung von Leprösen betreffenden Fragen entscheidet. Damit war eine Instanz geschaffen, welche über die sich eventuell widersetzenden oder nicht nach Estland gehörigen Kranken verfügen kann und tatsächlich gerade den vielen aus anderen Gouvernements stammenden Leprösen gegenüber bereits entscheidend eingegriffen hat.

Die Einführung der Sanitätsreform bot uns die Möglichkeit, viel gründlicher als bisher die ausserhalb der Anstalt lebenden Leprösen zu controllieren, die Verdächtigen zu beobachten, neue Fälle zu erforschen und die Ueberführung Lepröser zu vermitteln. Eine dahin zielende Tätigkeit wurde daher den Landschaftsärzten zur Pflicht gemacht.

Ich muss Sie nun mit dem gegenwärtigen Stande der Kenntnisse über die Verbreitung der Lepra in Estland bekannt machen. Bis zum 1. Nov. a. c. sind im Ganzen 284 zu Estland verzeichnete Leprafälle beobachtet worden. 139 sind von diesen gestorben. Es verbleiben somit 145 Lebende, von denen jedoch 45 zur Zeit keine Zeichen der Lepra aufweisen.

Was die Form der Krankheit anlangt, so wurden fast 2 Mal so viel tuberöse als maculöse beobachtet. Während unter den Lebenden sich beinahe gleichviel tuberöse und maculöse finden, gehört $^2/_3$ der Verstorbenen den tuberösen an. Ins Latenzstadium getreten sind blos 5 tuberöse, dagegen 40 maculöse.

Wie überall, so tritt auch in Estland die Lepra herdweise auf. Das Kusalsche Kirchspiel ist am meisten ergriffen. 38 Fälle sind dort bisher zur Beobachtung gekommen. Nächst dem haben am meisten Kranke folgende Kirchspiele aufzuweisen: Hannehl-Werpel 29, Rappel 18, Johannis in Harrien 17, Kegel 14, Marien-Magdalenen 11, und Goldenbeck-Piersal 10. Alle übrigen Kirchspiele haben weniger Patienten gehabt; viele blos einige wenige.

In Harrien sind 155 Fälle, in Jerwen 39, in der Wieck 65 und in Wierland 25 zur Beobachtung gekommen.

Es ist auffallend, um wie viel mehr Harrien ergriffen ist als die anderen Kreise.

Das hat seine Erklärung offenbar in dem Umstande, dass die Lepra im neunzehnten Jahrhundert durch Kriegsvolk eingeschleppt worden ist, welches natürlich die Hauptstadt und ihre Umgegend sowie die Etappenlinien nach Pernau, Fellin etc. besetzt hielt und dort am meisten mit der Bevölkerung in Beziehung trat.

Die uns überlieferten Fälle aus der Neuzeit, die Brehm 1828 beschrieben hat, stammen denn auch aus der Umgegend von Reval, nämlich aus Rasik.

Was die Enstehung der Herde in anderen Gegenden des Landes anlangt, so ist sie zurückzuführen auf Infection durch Einwanderung Lepröser oder durch regen Verkehr mit Lepragegenden der Nachbarschaft.

Das gilt namentlich von den Kirchspielen Hannehl-Werpel, Turgel, Marien-Magdalenen, Ampel und Catherinen.

Trotzdem dass seit 1896 200 neue Fälle aufgefunden und über 33 verstorbene Kranke Daten gesammelt sind, ist kein neuer Lepraherd entdeckt worden. Denn nimmt man zu den 51 vor Eröffnung des Leprosoriums eruierten Leprafällen noch die in den Schriften von Brehm, Wellberg und Hellat angegebenen hinzu, so findet man, dass im Ganzen und Grossen die geographische Verbreitung der Lepra in Estland damals ein gleiches Bild zeigte wie jetzt, wenn auch die Anzahl der Fälle eine bedeutend grössere (10 mal grössere als bei Hellat) ist.

Im Leprosorium sind im Ganzen rund 200 Kranke verpflegt worden. Die Zahl der Internierten betrug 20 und schwankt zwischen 50 und 60. Isoliert waren stets mehr als $^1/_3$ der Lebenden, meist $^2/_3$ od. $^3/_4$ der mit Lepra behafteten. Nach den Erfahrungen anderer Länder müsste man demnach berechtigt sein, in Estland ein Abnehmen der Seuche anzunehmen. Und wenn nicht Alles täuscht, so ist auch solches der Fall. Dafür sprechen jedenfalls folgende Momente: in Estland sind namentlich in der letzten Zeit sehr wenig schwere und auffallend viele leichte Fälle von Lepra gefunden worden. Unter den 145 zur Zeit lebenden befinden sich blos 40 frische Fälle. Die Zahl der tuberösen Fälle hat abgenommen. Neue Lepraherde sind, wie gesagt, trotz des Suchens nach solchen nicht gefunden worden. Im letzten Jahrzehnt ist die Zahl der uns bekannten Leprösen um mehr als das 5-fache gewachsen, d. h, von 51 auf 284, während die Zahl der lebenden Leprösen nur um das 3-fache stieg, nämlich von 45 auf 145.

Ein Drittel der lebenden Leprösen weist zur Zeit keine Zeichen auf.

Nach alle dem kann man wohl die Hoffnung hegen, dass in Estland die Lepra eher im Abnehmen als im Wachsen begriffen ist.

Demonstrationen:

a) Dr. v. Wistinghausen demonstriert eine wegen Carcinoma ventriculi operierte Patientin.

b) Dr. v. Knorre-Riga demonstriert ein Präparat (Extrauterinschwangerschaft).

c) Dr. Baron Keyserlingk-Reval demonstriert eine im Wochenbett zur Anwendung kommende Bandage.

d) Dr. Hirsch-Reval: Demonstration eines Falles von «Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund». (Myasthenia gravis).

Die Patientin, M. H., 32 a. n. verheiratet, Mutter zweier gesunder Kinder, angeblich aus gesunder Familie stammend, bemerkte seit 2 Jahren allmählich zunehmende allgemeine Schwäche und besonders Erschlaffung der Gesichtsmuskulatur. Es findet sich beiderseitige Facialisparese, Lagophthalmus mit gleichzeitiger Ptosis, nasale Sprache, Schwäche der Schluckmuskulatur, sowie Schwäche und geringe Atrophie der Rumpf- und Extremitätenmuskeln, und zwar durchweg in der characteristischen Form, dass die einzelnen Bewegungen nach längerer Ruhelage anfangs gut von statten gehen, um dann bei häufiger Wiederholung immer schwächer und schwächer zu werden und schliesslich ganz zu versagen.

Diese Ermüdbarkeit tritt namentlich im Gebiet der Kau- und Sprachmuskulatur sehr rasch ein; lässt man z. B. die Patientin laut zählen, so bemerkt man schon nach den ersten 5—6 Worten eine deutliche langsamerwerdende Sprache, der nasale Beiklang nimmt zu, die nächsten paar Worte werden verwaschen und kaum verständlich unter sichtlicher Anstrengung zu Gehör gebracht und weiter als höchstens bis 15—20 kann Patientin überhaupt nicht mehr laut zählen. Doch genügt der Kranken schon eine Ruhepause von 1—2 Minuten, um anfänglich wieder verständlich sprechen zu können, worauf die Ermüdungserscheinungen allerdings noch rascher als nach längerer Ruhe eintreten.

Spontan giebt Pat. an, dass sie sich am Morgen nach der Nachtruhe am besten fühlt und dass die Beschwerden im Lauf des Tages zunehmen. Mit schwachen faradischen Reizungen lässt sich an verschiedenen Muskeln sehr deutlich die sogen. «myasthenische Reaction» demonstrieren: nach 2—3 normalen Muskelcontractionen löst der gleiche Strom nur noch viel schwächere Contractionen aus, worauf diese ganz wegbleibeiben und selbst mit weit stärkeren Strömen nicht mehr oder nur ganz mangelhaft auszulösen sind. Auch hier tritt nach kurzer Ruhepause Erholung und damit neue Erregbarkeit des Muskels gegen denselben faradischen Reiz ein. — Der bisherige Verlauf der Krankheit ist ein wechselnder gewesen: alle Erscheinungen waren bei der ersten Untersuchung der Patientin, im Sept. d. J., durchweg viel schlimmer als jetzt und sollen inzwischen noch viel schwerer gewesen sein, sodass Patientin ganz bettlägerig war und sich kaum rühren konnte. Verlauf und augenblicklicher Befund sind in hohem Grade characteristisch für diese eigenartige und seltene Krankheit, welche bisher, wie schon ihr Name sagt, eine anatomische Grundlage der Veränderungen vermissen lässt, so dass man sie einstweilen als «functionelle Neurose» auffassen muss. Congenitale Entwickelungsanomalien im Nervensystem mögen eine Rolle spielen. Die Therapie verlangt allergrösste Schonung des Patienten; vor der Anwendung von Massage, electrischer und ähnlicher Behandlungsmethoden ist dringend zu warnen, da man unter dem Einfluss ermüdender Proceduren plötzlichen Suffocationstod gesehen hat. Neben grösstmöglicher Ruhe kommen allgemein roborierende Mittel in Betracht. Die Prognose ist ernst, wenn auch nicht absolut ungünstig; Besserungen, vielleicht sogar Heilungen, sind beobachtet worden, doch kann auch mitten

in Zeiten relativer Besserung, wie wir bei unserer Patientin eben eine solche beobachten, eine plötzliche Verschlimmerung das Ende herbeiführen.

Discussion: Dr. Schwarz-Riga referiert über 4 Fälle, die er bisher gesehen hat: die Fälle sind selten. Die Vorführung dieses neuen Falles ist daher dankenswert.

Die myasthenische Reaction lässt in Fällen, in denen Localsymptome mehr in den Hintergrund treten, die geklagten Symptome, nämlich plötzliches Zusammenstürzen auf der Strasse od. beim Treppensteigen, als Symptome dieses Zustandes erkennen. In einem anderen Falle wurde über Symptome geklagt, die nach der Beschreibung des Kranken als Trismus hätten gedeutet werden können; die erstbefallenen Muskeln waren hier die Masseteren, die beim Kauen so müde wurden, dass Pat. das Essen aufgeben musste. Ein dritter Kranker zeigte einige Stunden nach dem Aufstehen eine Paralyse der Schultermuskulatur, so dass bei ihm das äussere Bild der Dystrophia musc. progress. (Erb) vorgetäuscht wurde. Beim vierten Falle trat neben ähnlichen Symptomen, wie College Hirsch sie uns an seiner Pat. eben gezeigt hat, eine Paralyse der Nackenmuskulatur nach kurzem Umhergehen ein, sodass ihm der Kopf auf die Brust fiel und Pat. mit einem Stock seinen Kopf stützen musste, um bei gehobenem Kopf weiter gehen zu können. Dieser Umstand, dass schon der physiologische Gebrauch der mimischen Muskeln z. B. nach einigen Stunden nach dem Erwachen eine Paralyse dieser Muskeln zu Stande kommen lässt, hat Oppenheim veranlasst, den Namen myasthenische Paralyse vorzuschlagen, doch sei der Jollysche Namen charakteristischer. Manche Fälle kommen zum Exitus; andere heilen aus.

e) Dr. Haller-Reval demonstriert das Desinfectionsmittel «Autan».

7. Statutenberatung.

Auf Vorschlag des Präses beschliesst die Versammlung der neuen Gesellschaft, die nun gegründet werden soll, Alles, was sie besitzt, zu übergeben.

Es werden die neuen Statuten und die Geschäftsordnung verlesen und beide legalisiert und darauf löst sich die alte Gesellschaft auf und tritt die neue zusammen.

Es werden als Themata für Referate zum nächsten Aerztetage genannt: Herz- und Arteriosklerose, Chirurgische Tuberculose, Epilepsie, Darmverschluss.

Der Vorstand wird beauftragt Referate zu beschaffen.

Zu Cassarevidenten werden die Herren Dr. Meder und Dr. Middendorff gewählt. Dr. Nottbeck schlägt vor, den Protokollen ein Namensverzeichnis der Teilnehmer vorzudrucken.

Dr. Thomson teilt mit, dass die Petersb. Medicin. Wochenschrift Mangel leidet an Abonnenten und Aufsätzen und bittet, die Zeitschrift mehr halten und ihr Artikel zusenden zu wollen.

Der Präses dankt den Anwesenden für ihr zahlreiches Erscheinen, namentlich den Collegen aus den Nachbarprovinzen, und schliesst dann den IV. Estländischen Aerztetag.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Am 5. October fand in Petersburg eine ausserordentliche Sitzung der Petersburger Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke statt, wobei die Frage der Errichtung eines Heims für genesene Geisteskranke und Reconvalescenten behandelt wurde. Es wurde beschlossen, ein solches Heim für 50—75 Personen in Schuwalowo (bei Petersburg) zu erbauen, wozu die Versammlung 20000 Rbl. anwies.

— Geheimrat Prof. Dr. Kirchner, vortragender Rat am Cultusministerium, und Regierungsrat Dr. med. Breger vom kaiserlichen Gesundheitsamt, die von der Deutschen Regierung nach Petersburg commandiert waren, um sich hier mit den gegen die Cholera ergriffenen Massregeln bekannt zu machen, haben am Mittwoch, Petersburg verlassen, nachdem sie die meisten Krankenhäuser, medicinischen Institute und Verwaltungsbehörden besucht hatten. Der Eindruck, den sie beim Besuch der Hospitäler und speciell der Abteilungen für Cholerakranke empfingen, war ein günstiger.

— Das Stadthaupt von St. Petersburg wurde in einer Eingabe seitens mehrerer Wähler und Bewohner von Wasili-Ostrow auf die sanitätswidrigen Zustände dieses Stadtteils (nur dieses? d. Red.) aufmerksam gemacht. Es wurde vor allem darauf hingewiesen, dass Müll und Fäkalien teils auf das Feld neben dem Smolenski-Kirchof teils sogar an die Ufer des Smolenka geschüttet werden, wo sie allmählich verwesen.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Stadthospitälern St. Petersburg betrug in der Woche vom 21. bis zum 27. September 11755 (gegen 11944 in der vorhergehenden Woche). Darunter Typhus abdom. 765, Cholera 1203, Typhus exanth. 2, Febris recurrens 256, Scharlach 121, Diphtherie 155, Masern 89, Pocken 14, crupöse Pneumonie 104, Tuberculose 831, Influenza 202, Erysipel 58, Keuchhusten 18, Lepra 1, Hautkrankheiten 59, Syphilis 432, venerische Krankheiten 360, acute Erkrankungen 1587, chronische Krankheiten 1472, chirurgische Krankheiten 1200, Geisteskrankheiten 3199, gynäkologische Krankheiten 167, Krankheiten des Wochenbetts 40, andere Krankheiten 30.

— Die Zahl der Erkrankungen an Infectionskrankheiten betrug in der Stadt während derselben Woche 1211. Darunter: Typhus abdom. 190, Typh. exanth. 2, Febris recurrens 82, Cholera 605, Pocken 10, Windpocken 17, Scharlach 28, Masern 37, Diphtherie 108, acute Magen- und Darmerkrankungen 153, andere Infectionskrankheiten 39.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in der Stadt betrug in derselben Woche 1123 + 47 Totgeborene + 62 in der vorhergehende Woche nicht registrierte Fälle. Darunter: Typh. abd. 34, Typh. exanth. 1, Cholera 390, Pocken 3, Masern 16, Scharlach 8, Diphtherie 7, Keuchhusten 12, crupöse Lungenentzündung 18, katarrhalische Lungenentzündung 55, Erysipel 2, Influenza 4, Septicaemie und Pyaemie 8, Tuberculose der Lungen 93, Tuberculose anderer Organe 17, Magen- und Darmkatarrh 56, andere Magen- und Darmerkrankungen 52, Alcoholismus 9, angeborene Schwäche 54, Marasmus senilis 25, andere Todesursachen 259.

— Von 12 Uhr mittags des 13. bis 12 Uhr Mittags des 14. Octobers erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 16 Personen, starben 10.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie		Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Starben
vom 5. bis 11. Oct.						
St. Petersburg mit den Vorstädten	257	111	24.	Aug.	7574	3121
vom 3. bis 9. Oct.						
Stadt Kronstadt	11	4	31.	Aug.	196	86
vom 4. bis 10. Oct.						
Gouv. St. Petersburg	21	14	27.	»	340	133
» Wologda, Stadt Kotlas	—	1	22.	Sept.	2	1
» Archangelsk	37	20	21.	»	99	43
» Livland	1	2	11.	»	33	19
» Astrachan	2	3	8.	Juli	1718	839
» Saratow	97	49	8.	»	1527	862
» Samara	26	17	8.	»	1369	637
» Nishnij-Nowgorod	5	2	24.	»	750	328
» Kostroma	3	3	2.	Aug.	232	117
» Jaroslaw	16	10	6.	»	333	162
» Twerj	5	1	10.	»	68	36
» Ufa	2	—	28.	Juli	42	20
» Kaluga	1	—	9.	Sept.	2	1
» Poltawa	6	1	19.	Aug.	104	56
» Kiew	14	6	12.	»	734	236
» Tschernigow	8	3	23.	»	40	14
» Jekaterinoslaw	69	59	3.	»	994	495
» Cherson	17	9	27.	»	67	29
» Taurien	13	5	13.	»	79	38
Stadthauptmannschaft Kertsch-Jenikale	4	3	13.	»	104	55
Stadthauptmannschaft Rostow a. Don	10	5	19.	Juli	1174	531
Gebiet der Don-Kosaken	50	31	22.	»	2744	1301
Gouv. Stawropol	2	2	25.	»	5	3
Kuban-Gebiet	191	99	26.	Juli	1372	772
Terek-Gebiet	36	24	13.	Aug.	249	115
Stadthauptmannschaft Baku	13	8	25	Juli	218	117
Gouv. Jelisawetpol	21	5	30.	Aug.	429	259
» Tiflis	32	13	6.	»	204	112
Gebiet Akmolinsk	14	7	29.	»	117	53
Gouv. Tomsk	59	34	14.	Sept.	234	132
Fergana-Gebiet, Stadt Kokand	5	1	25.	»	5	1
Im Ganzen	1048	542			23167	10824

Zählt man die Ortschaften hinzu, in denen die Epidemie gegenwärtig schon erloschen ist, so ergibt sich für die Erkrankten die Gesamtzahl 25509 für die Gestorbenen 11962.

— Cholera. Ausser in Russland kamen in der letzten Zeit Choleraerkrankungen vor: in Calcutta, in Manila (Philippinen), in Amoy und auf der Insel Kulangsu (China).

— Pest. In der Zeit vom 23. August bis zum 5. September wurden in Britisch-Ostindien 3882 Erkrankungen an der Pest und 2741 Todesfälle registriert. — In Hiogo (Japan) erkrankten an der Pest vom 15. Aug. bis 14. Sept. 36 Personen und starben 22. — In Amoy (China) ist die Pest erloschen. — In Muansa (Deutsch-Ostafrika) wurde

ein pestkranker Matrose von einem englischen Schiff an Land gesetzt. — In Aegypten erkrankten in der Woche vom 26. September bis zum 2. October 8 Personen an der Pest. — In Kisuma (Britisch-Ostafrika) kamen Ende August mehrere Pestfälle vor. In Kalifornien wurden von Ende Juli bis Anfang August 4 sporadische Pestfälle constatiert, von denen 3 tötlich verliefen. — In Chile wurden in August ebenfalls sporadische Pestfälle registriert.

— Am 28. September fand in Kiew die Einweihung des Anatomicums an der Weiblichen medicinischen Hochschule statt.

— Der Streike in den russischen Hochschulen wird allmählich eingestellt.

— An der Militär-medicinischen Akademie ist ein Stipendium auf den Namen des Dr. Boleslaw Fischer gestiftet. Nach den Statuten soll die Nutzniessung dieses Stipendiums einem Studenten des I. Cursus, der sich durch gute Fortschritte in den Wissenschaften und gutes Betragen auszeichnet und mittellos ist, zukommen, wobei Söhne von Aerzten aus dem Gouvernement Kowno den Vorzug erhalten sollen.

— Unter den verschiedenen projectierten Veränderungen der Bestimmungen des Militärsanitätswesens wird eine wahrscheinlich von den meisten Reserve-Militärärzten freudig begrüsst werden. Der betr. Artikel 762 lautete bisher: «Aerzte, die zur freiwilligen Reserve zählen *), können ebenso wie Pharmaceuten und Veterinärärzte in derselben auf Wunsch bis zum 60. Lebensjahre verbleiben». In der projectierten Aenderung lautet dieser Artikel: «Die zur Reserve gehörigen Aerzte und Pharmaceuten können nach Ablauf der obligatorischen Frist zur freiwilligen Reserve zugezählt werden nach besonderen von dem Kriegsminister bestä igten Regeln. Gesuche um eine solche Zuzählung müssen den betref. Kreismilitärchefs eingereicht werden. Anmerkung. Aerzte und Pharmaceuten, von welchen innerhalb eines halben Jahres nach Ablauf der obligatorischen Reservedienstzeit kein Gesuch um die weitere Belassung in der Reserve einläuft, werden von den Kreismilitärchefs zur Entlassung aus der Reserve vorgestellt». (Woenno-Medicinskij Journal, Octoberheft).

— Congressnachrichten: Der erste Russische Congress für Oto-Laryngologie findet, wie bereits in Nr. 30 gemeldet, vom 26.—30. Dec. 1908 in St. Petersb. in den Räumen des Pirogow-Museums statt. Bisher sind folgende Vorträge angemeldet: G. Bloch: «Die Larynxtuberculose in Jalta» — Bojew (Moskau): «Zur Casuistik der Hirnabscesse auralen Ursprungs». S. M. Burak (Charkow): «Zur Frage der Ohrverletzungen bei Telephonbeamten». «Weitere Mitteilung über Parafinprothesen» «Zur Frage über die Aetiologie des Oberkieferempyems». «Tuberculose des Kehlkopfs und Schwangerschaft». «Die Eudonasale Chirurgie bei acuten und chronischen Eiterungen der Nebenhöhlen». — Prof. N. M. Wolkowitsch (Kiew): «Das Skleroma der oberen Luftwege». — Gelmon (Lodz): «Die Wirksamkeit des speciellen Ohrenhospitals im fernen Osten». «Ueber die Anwendung von Jodkali und Quecksilber bei primärer Tuberculose der oberen Luftwege». «Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von den nasopharyngealen Neubildungen und einige casuistische Mitteilungen über Nasenpolypen». T. Heryng (Warschau): «20 Jahre chirurgischer Behandlung der Kehlkopftuberculose». — A. R. Iljisch und A. P. Olchin (St. Petersburg): «Ueber die gerichtärztliche Begutachtung von Ohrerkrankungen». J. M. Kopylow (Sewastopol): «Ueber Inhalationstherapie». J. Kreis: «Ein Fall von acutem Aneurysma infolge von wegen Pseudocrup ausgeführter Tracheotomie mit letalem Ausgang.» «Die Behandlung von Ohrenkrankheiten nach Bier». — Doc. L. T. Lewin (St. Petersburg): «Veränderungen am Nervus acusticus und seinen Ganglien bei Diphtherie». — A. Lens (Kiew): Die klinische Bedeutung der Oesophago- und Bronchoskopie». — Professor W. N. Okunew (St. Petersburg): «Die anormale Stellung der Oto-Larynlogie in Russland und die Mittel zu ihrer Hebung». — D. G. Marienhof (Archangelsk): «Zur Casuistik der Geschwülste des Nasenrachenraums und zur Technik ihrer Entfernug» mit Demonstration von Präparaten. — Priv.-Doc. S. S. Preobrashenskij (Moskau): «Ueber die combinierte Vibration bei der Behandlung der chronischen Taubheit und des Ohrensausens». «Zur Behandlung des Kropfes» — Swershewskij (Moskau): «Die Wechselbeziehungen zwischen den Erkrankungen der Augen und der Nase». «Ueber die Therapie der Ozaena und speciell über die Paraffininjectionen bei derselben». «Die Biersche Behandlungsmethode im Gebiete der Oto-Rhino-Laryngologie». — Semenow-Blumenfeld (Rostow am Don): «Die Behandlung der Kehlkopf- und Nasentuberkulose». «Die Behandlung der Nebenhöhlen der Nase nach Bier». — Stepanow (Moskau): Thema vorbehalten. — Priv.-Doc. N. P. Trofimow (Kiew): Die Abhängigkeit der intracraniellen Complicationen von Ohrläsionen und Massregeln gegen ihr Auftreten». — J. Schmurlo (Samara): «Ueber Pyaemie und Septikopyaemie auralen Ursprungs und ihre Behandlung». — Schneider (Moskau): «Ueber Bronchoskopie». — T. E. Gawrilow (Samara): «Ueber die Wechselbeziehungen zwischen der Vergrösserung der Pharynxmandel und der allgemeinen Entwickelung des Organismus im schulpflichtigen Alter.» «Der Einfluss der Vergrösserung der Rachenmandel auf Erkrankungen des Ohres». «Die Bedeutung der Autolaryngoskopie und Autorhinoskopie (posterior) für die Erkenntniss einiger krankkaften Symptome von Seiten der Atmungsorgane». — F. J. Heimann (Warschau): «Ueber intracranielle Complicationen bei Erkrankungen des Ohres». — P. Hellat (St. Petersburg): «Ueber ein neues Symptom zur Bestimmung der Anwesenheit von Eiter im Warzenfortsatz». — Priv.-Doc. E. Maljutin (Moskau): «Schlammbehandlung bei sklerotischen Katarrhen des Mittelohres. — L. Mekler (Ufa): «Haematocele tympanica. Beschreibung zweier klinischen Fälle». — A. Skrypt (Charkow): «Behandlung des Skleroms mit Röntgenstrahlen». «Die Indicationen zur Tonsillotomie und die Blutungen nach derselben». — «Die Wechselbeziehungen zwischen den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und der Augen». — E. Jürgens (Warschau): «Ueber Ohrenkrankheiten bei Recruten». — M. Dodin (Jelisawetgrad): «Ueber die Resultate der Tracheotomie bei diphtheritischer Larynxstenose». — Priv.-Doc. H. F. Iwanow (Moskau): «Zur Chirurgie des Nasenrachenraumes». «Die Aufgaben der Congresse für Oto-Laryngologie». — W. Kuwitschinskij (Jalta): «Die Larynvstuberculose im Sanatorium Kaiser Alexander III in Jalta». — M. Lindeberg (Rostow a. D.): «Ueber Kopfschmerz nasalen Ursprungs». «Acuter Abscess der Nasenscheidewand». «Zur Frage über Syphilis tarda der Nase». — M. K. Preiss (Romenskoje): «Ueber Erkrankungen des Ohres bei Telephonisten». — S. Rontaler (Warschau): «Ethmoiditis et Sphenoiditis purulenta cum meningit. tub.» — A. Chr. Schwanebach (St. Petersburg): «Zur Behandlung der Otitis media chron. sicca». — M. Erbstein St. Petersburg): «Zur Frage der Operationstechnik bei adenoiden Wucherungen». — O. S. Meerowitsch (St. Petersburg): «Zur Frage der Lage der Stimmbänder in verschiedenen Registern (Demonstration des neusten Laryngo-Stroboskops mit einigen Modificationen». — M. Eljason (St. Petersburg): «Untersuchung des Gehörs des Hundes nach einer neuen Methode». «Zur Frage über die Function der Rindencentren für das Gehör». — J. Katz (St. Petersburg): «Ueber die Anwendung von Blutegeln in der Otiatrie». «Zur Operationstechnik im Bereich der unteren Nasenmuschel».

Die Anmeldung von Vorträgen ist eingestellt. Das Resümee der Referate und Vorträge muss bis zum 15. November dem Organisationscomitee zugestellt werden. — Nikolajewskaja 26, Wohnung 4. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 8 Rbl. und ist auf den Namen des Cassierers, Dr. A. P. Olchin — Gusew-Pereulok 6 — zu adressieren.

— Zufolge einer Meldung des «Russkij Wratsch» hat das Organisationscomitee des VII. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte endlich die behördliche Erlaubnis zur Einberufung des Congresses vom 28. December d. J. bis zum 6. Januar 1909 erhalten. In Anbetracht aber der kurzen Frist bis dahin, hat das Comitee beschlossen, den Congress auf 1 Jahr zu verschieben und das Ministerium wiederum um die Erlaubnis zur Einberufung desselben vom 28. December 1909 bis zum 6. Januar 1910 zu bitten!

— Der VII. internationale Congress für Criminalanthropologie wird 1910 in Köln stattfinden. Die genauere Angabe der Zeit des Zusammentrittes des Congresses wird noch mitgeteilt werden.

— Anlässlich der Eröffnung der neuen K. K. Universitäts-Frauenklinik in Wien bringt die Wiener klinische Wochenschrift in ihrer letzten Nummer einen Artikel von Prof. Schauta «Ueber Bau, Einrichtung und Ziele der neuen Frauenkliniken», welchem 4 weitere Artikel gynäcologischen Inhalts folgen und auch sämtliche Referate behandeln gynäcologische Fragen.

— Der Privatdocent der Moskauer Universität W. W. Woronin ist zum ausserordentlichen Professor der allgemeinen Pathologie an der Universität zu Odessa ernannt worden.

— Der berühmte Physiologe Prof. J. Pawlow ist von der Universität in Tomsk zum Ehrenmitgied erwählt worden.

— Der Professor der Universität in Jurjew (Dorpat), W. A. Afanasjew, ist, wie die Zeitungen melden, zum Mitglied des Reichsrats für die nächste Session erwählt worden.

---

*) Darunter sind Aerzte zu verstehen, deren obligatorische Reservedienstzeit abgelaufen ist, die sich aber selbst nicht abgemeldet haben. D. R.

— Die Münchener Medicinische Wochenschrift bringt in ihrer letzten Nummer unter der Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher das Bild des früheren Dorpater Professors der Pharmakologie Oswald Schmiedeberg.

Prof. Schmiedeberg, dessen 75. Geburtstag in diesem Jahre gefeiert wird, ist von der Universität Kiew zum Ehrenmitglied ernannt worden.

— In Bern wurde am 16. October das Denkmal Albrecht von Hallers aus Anlass der Feier seines 200-sten Geburtstages enthüllt.

— Gestorben. 1) Am 6. October in Moskau der ord. Prof. der Augenheilkunde an der Universität, Dr. A. A. Krjukow im Alter von 59 Jahren. Sein Name war in der russischen wie in der ausländischen ophthalmologischen Welt wohl bekannt. Seit Jahren war er Referent für die russische ophthalmologische Literatur in der «Zeischrift für Augenheilkunde» und Redacteur des russischen Journals «Westnik Ophtalmologie». Er hat manchen wertvollen wissenschaftlichen Beitrag für die Augenheilkunde geliefert, war ein tüchtiger und beliebter Lehrer und genoss das Vertrauen und die Liebe seiner zahlreichen Patienten. — 2) Alexander Goldberg am 30. September in Berditschew; geboren 1869, Arzt seit 1896. Er hatte sich im Gefängnishospital mit Typhus abdominalis inficiert. — 3) Dr. F. Bezold, Prof. der Ohrenheilkunde in München, am 6. October, im Alter von 66 Jahren. — 4) Dr. A. V. Macan, Prof. der Geburtshilfe in Dublin, 65 Jahre alt. — 5) Dr. W. Th. Eckley in Chicago, früher Prof. der Anatomie an dem dortigen College of Physicians and Surgeons.—6) In Paris der bekannte Chirurg Prof. Paul Berger, geb. 1845, Chirurg. am Hôpital Necker. — 7) In Berlin am 7. October Geheimrat F. Althoff, Ministerialdirector a. D., geboren 1839. In Anbetracht seiner Verdienste um das deutsche Hochschulwesen sowie um die Fürsorge für die Tuberculösen ist es uns eine angenehme Pflicht, folgenden Nachruf dem hervorragenden Manne aus der Feder S. Exc. Dr. L. Berthensons zu bringen, der uns gütigst von dem Verfasser zugesandt wurde:

Nachruf.

«F. Althoff (geb. 1839, gest. d. 7./20. Oct. 1908) begann sein Wirken als Professor der Rechte an der Strassburger Universität und widmete später den grössten Teil seiner Geisteskräfte dem Preussischen Cultusministerium, an welchem er als Ministerialdirector Jahrzehnte hindurch für die Wohlfahrt der Hochschulen Sorge trug. Für uns Aerzte hat er durch seine überaus energische und fruchtbringende Tätigkeit auf dem Gebiete der Tuberculosebekämpfung eine besondere Bedeutung gewonnen. In den 90-er Jahren finden wir ihn unter den Gründern einer der ersten Gesellschaften zum Kampfe gegen die Tuberculose, deren Wirken unter anderem die mustergiltige Lungenheilstätte Belzig ins Leben rief. Auf seine Initiative wurde sodann das «Deutsche Centralkomitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke» gegründet, welches fortan den Mittelpunkt der immer mehr sich ausbreitenden Tuberculosebekämpfung in Deutschland bildete. Er war es ferner, der die specielle Poliklinik für Tuberkulöse an der Berliner Universität eröffnete, die erste derartige Institution in Europa. Als besonderes Verdienst müssen wir ihm endlich die Gründung der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberculose anrechnen, deren Statut von ihm ausgearbeitet worden ist. Durch seine höchst bemerkenswerte Tätigkeit an dieser Vereinigung, welcher er als Vorsitzender der Verwaltungscommission in Gemeinschaft mit den Professoren B. Fränkel und Pannwitz seine Geisteskräfte und Energie bis zu seinen letzten Tagen widmete, hat Althoff sich die Verehrung und Dankbarkeit der Tuberkulosekämpfer aller Länder erworben».

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 28. Oct. 1908.

Tagesordnung: Kreps: Zur Pathologie und Therapie der Anurie.

Germann: Bericht über den Verlauf und die Organisation des internationalen Tuberkulose-Congresses in Washington.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 20. Oct. 1908.

Tagesordnung: A. Ucke: Ueber Fettfärbung.

D^r. Emmerich's Sanatorium B.-Baden Gegr. 1890

f. Nerven

Morphium etc.

Alkohol-Kranke.

Mildeste Form d. Morph. Entz. ohne Zwang unter sof. Wegfall der Spritze i. 4—6 Woch. [illegible] Prosp. kostenl. 2 Ärzte. Bes. u. dir. Arzt Dr. A. Meyer.

SPERMINUM-POEHL

(Essentia Spermini-Poehl)
30 Tropfen 3 mal täglich 1/2 Stunde vor dem Essen.
Sperminum-Poehl pro Injektione.
Sperminum-Poehl sicc. pro clysm.
gegen **Neurasthenie, Marasmus senilis,** bei Uebermüdungen und schweren Erkrankungen, wie **Bleichsucht** (Anemia), **Rachitis Podagra,** chron. **Rheumatismus, Syphilis, Tuberkulose, Typhus, Herzerkrankungen (Myocarditis, Fettherz), Hysterie, Rückenmarksleiden, Impotentia** (bei Neurasthenie), **Paralyse** etc. etc. und für **Rekonvaleszenten.**

Cerebrinum-Poehl gegen **Epilepsie, Alkoholismus, Nervenleiden.**

Thyreoïdinum-Poehl gegen **Nervenleiden, Obesitas, Eklampsie, Hautkrankheit., Myxoedem** etc.

Mamminum-Poehl gegen **Uterusfibrome, Menorrhagien, Metrorrhagien** etc.

Ovarinum-Poehl **Klymakterische Symptome,** nervöse Erscheinungen bei **Klymax (nach Ovariotomie) Hysterie, Chlorose.**

1. Tabletten { zum innerl. Gebrauch u. in Lösung zu Bleiclysm.
2. pro Injectione in Ampullen.

Reniinum-Poehl gegen **Nephritis parench., Niereninsufficienz, Urämie.**

Adrenal-Poehl Wirksamer Bestandteil der Nebenniere. Gefässadstringierend, gegen **Schleimhautentzündung, Blutung** etc. Tuben à 0,002. 10,0 und 30,00 Solution 1:1000.

Zu haben in allen grösseren Apotheken.
Literatur gratis und franko vom
Organotherapeutischen Institut

Prof. Dr. v. Poehl & Söhne
St. Petersburg, Russland.

Vor Nachahmungen und Verfälschungen wird dringend gewarnt.

Auf eventuelle Anfrage senden wir gratis unser
Organotherapeutisches Kompendium,
in welchem die Literatur, Indikationen und Anwendungsweise verzeichnet sind.

(14) 6—6.

Sapene-Krewel.

Die seit Kurzem in den Arzneischatz eingeführten

SAPENE—KREWEL

haben bei klinischer Durchprüfung Ihre hohe Bedeutung für die perkutane Anwendung einer Reihe wichtiger Medikamente voll und ganz erwiesen. Die Sapene — flüssige Seifen — sind neue Arzneimittelträger, die die wertvolle Eigenschaft besitzen, Arzneistoffe wie Salicylsäure, Jod, Ichthyol, etc. hochprozentig und dauernd in Lösung halten zu können. Ihre wesentlichen Vorzüge bestehen in leichtester Resorbierbarkeit sowie vor allem darin, dass sie selbst als sehr hochprozentige Lösungen nicht den geringsten Reiz auf die Haut ausüben. Die Sapene zeichnen sich ferner durch Billigkeit in der Anwendung aus.

Salicyl-Sapen 10% und 20% wurde von ärztlicher Seite als ein ideales Mittel gegen alle Rheumatosen: Lumbago, Torticollis, Pleurodinie, Neuritis, Neuralgie, sowie gegen akuten Gelenkrheumatismus bezeichnet. Es ist unübertroffen in seiner prompten und nachhaltigen Wirkung. Die Haut wird von Salicylsapen nicht angegriffen. Das Mittel ist so billig, dass es in der Kassenpraxis angewandt werden kann. Ferner werden bis jetzt hergestellt:

Jod-Sapen 3%, 6%, 10%, 20%. **Formaldehyd-Sapen** 5%, 10%. **Salicyl-Sapen** 10%. **Kreosot-Kampfer Sapen** ãã 10%.

Mitin nach Dr. Jessner.

Die von dem Dermatologen Dr. Jessner angegebene neue Salbengrundlage Mitin erfährt in Fachkreisen steigernde Anerkennung. Die physiologische Zusammensetzung, leichte Resorbierbarkeit, absolute Haltbarkeit, völlige Geruchlosigkeit lassen ihre Verwendung in Gestalt des

Mitin-purum zur Bereitung aller Salben und Pasten empfehlenswert erscheinen, zumal dieses Präparat noch grössere Mengen Flüssigkeit und feste Stoffe leicht aufnimmt. Besonders wertvoll für die ärztliche Praxis sind folgende Mitin Specialitäten:

Mitin Cosmeticum, eine fein parfümierte Salbencrème, spielend leicht in die Haut verreibbar und daher vorzüglich als Kühlsalbe, sowie zur Einfettung rauer, spröder, rissiger Haut, bester Ersatz für die wenig haltbare Goldcrème.

Mitin mercuriale, eine sorgfältigst extinguierte 33 1/3%-ige Quecksilbersalbe, in kürzester Zeit verreibbar und daher Inunktionskur wesentlich erleichternd. Mitin-Quecksilber ist hellgrau und wenig färbend, seine Anwendung ist besonders praktisch durch die Abfassung in Glasröhren à 30 gr. mit graduiertem Stempel.

Pasta Mitini eine hautfarbige, in der Anwendung unauffällige Pasta, die als Deckmittel für glänzende Haut und zur Schonung gereizter empfindlicher Haut gute Dienste leistet, nicht abfettend, bester Ersatz für Zinkpasta und Zinköl.

PERHYDROL
nach Prof. Dr. Körner (Halle).

MUNDWASSER

ist eine durch patentiertes Verfahren haltbar gemachte 3%-ige Lösung von chemisch reinem Wasserstoffsuperoxyd Merck (Perhydrol). Dasselbe zerfällt bei Berührung mit dem organischen Mundinhalt in Sauerstoff und Wasser und erweist sich somit als vollständig unschädlich für die Zähne, sowie den übrigen Körper. Perhydrol-Mundwasser ist nach den experimentellen Untersuchungen stark bactericid, entwicklungs- und gärungshemmend und gilt bei regelmässiger Verwendung als zuverlässiges Prophylakticum gegen Zahnkaries und infectiöse Erkrankung des Mundes und zur Verhütung und Teilung von Stomatitis, bedeutende Desodorationskraft; durch die Sauerstoffspaltung entsteht starke Schaumbildung, die Schleim und Bacterien losreisst.

ZAHNPULVER

ist das 25%-ige Magnesiumperhydrol Merck, ein chem. reines Magnesiumperoxyd, das bei Berührung mit wässriger Flüssigkeit Wasserstoffsuperoxyd bezw. gasförmigen Sauerstoff abspaltet, welcher in statu nascendi bleibend auf die Zähne wirkt.

Stark desinficierend, desodorierend, säurebindend, bleichend, mechan. reinigend, konserviert die Zahnsubstanz, verhütet Zahnfäule, verursacht keine mechan. Schädigung des Zahnschmelzes, besitzt angenehmen Geschmack und wirkt äusserst erfrischend. Von sehr günstigem Einfluss erweist sich der Gebrauch des Perhydrol-Zahnpulvers bei beginnender Alveolar-Pyorrhoe. Lose, von zahnärztlicher Seite in entsprechender Weise vorbehandelte Zähne sitzen nach 2—3-wöchentlichem Gebrauch wieder fest. Die Perhydrol-Präparate für Mund- und Zahnpflege entsprechen allen Anforderungen in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht.

(120) 13—3.

Literatur und Proben gratis und franco zu Diensten.
Generaldepot für Russland: Kontor chemischer Präparate, St. Ptb., Newsky Pr., 28, Haus Singer.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. №15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate sind ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 43 St. Petersburg, den 25. October (7. November). 1908.

Mitteilung der Redaction.

Unser hochverehrte College, Herr Dr. Rudolf Wanach, hat sich wegen Zeitmangels genötigt gesehen, sich von der Redaction der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift zurückzuziehen, nachdem er im Laufe von 16 Jahren als geschäftsführender Redakteur tätig gewesen.

Im Namen der Mitarbeiter der Wochenschrift sei dem scheidenden Herrn Collegen an dieser Stelle herzlicher Dank gesagt für seine langjährige Führerschaft und sein stets freundliches Entgegenkommen gegenüber den Collegen.

Nachdem ich vom 20. Mai dieses Jahres stellvertretend die Redaction geleitet, habe ich sie jetzt endgiltig übernommen.

Franz Dörbeck Dr. med.

Mitteilungen aus der Geschichte der Epidemien in Kurland.

Von

Dr. med. A. Raphael, Mitau.

Vortrag, gehalten auf dem I. Kurländischen Aerztetage in Mitau.

Meine Herren! Nicht ohne Absicht bitte ich Sie heute, bei der Eröffnung unseres ersten kurischen Aerztetages das Gebiet der Geschichte der Medicin zu betreten und zwar der Geschichte der Medicin unseres Heimatlandes. Der Weg, den die grossen Epidemien zurückgelegen, ist auch häufig der Leidensweg unseres Standes und manch ein Arzt, dessen Grab ein schlichter Leichenstein deckt, an dem wir achtlos vorüberziehen, hat sich in solchen Zeiten die Märtyrerkrone erworben.

Gerade Zeiten der Epidemien sind es, die die Tätigkeit des Arztes erst nach ihrem wahren Werte einschätzen lassen. Die Geschichte solcher Abschnitte bietet nicht nur reiches culturhistorisch interessantes Material, sie gewährt uns auch Einblicke in die sanitären Anschauungen früherer Jahrhunderte, giebt Aufschlüsse über das Verhältnis von Arzt und Patienten zu einander, ist somit eng verquickt mit der Geschichte des ärztlichen Standes. Wir haben ein Recht und auch die Pflicht, etwas von diesen Geschehnissen, die nicht minder tief als die Kriege in das Geschick Kurlands eingegriffen haben, zu erfahren, und wirksame Mittel im Kampf gegen die Epidemien, die unserer Heimat drohen, zu finden, wird ja wohl auch mit eine der Aufgaben unseres Aerztetages sein. Schlagen wir das Buch der Geschichte unseres Heimatlandes auf, so erblicken wir unzählige Blätter, die mit Blut, sehr viele auch, die mit Tränen geschrieben sind. Krieg, Hunger und Pestilenz, jene unselige Trias, um deren Abwendung in allen alten Kirchenliedern gebetet wird, sie hat unsere Heimat durch Entvölkerung und Verrohung der Sitten häufig an den Rand des Verderbens gebracht.

Wie man bei uns in ältester Zeit Epidemien begegnete, können wir aus einer Schilderung in Paul Einhorns Reformatio Gentis Letticae in Ducatu Curlandiae (Riga bei Gerh. Schröder 1636, abgedruckt in „Scriptores rerum Livonicarum II p. 620) entnehmen. Von ärztlicher Hilfe war natürlich nicht die Rede, da versuchte man es denn mit Opferspenden, die den Göttern gebracht wurden und die sich noch weit in die christliche Zeit hinein verfolgen lassen. Es waren das Opfer, die unter dem Namen „Sabor" (vom lettischen „sabehrt" — zusammenschütten) bekannt waren. Es wurde Geld und Getreide gesammelt, jeder trug sein

Scherflein dazu bei, dann wurde ein Opfertier gekauft, welches unter besondern Ceremonien und Gebeten um Abwendung der Pestilenz geschlachtet wurde, und wie es weiter heisst, „wann das geschehen, haben sie ein convivium miteinander gehalten und die zu hauff gebrachte Speise und Trank miteinander verfressen und versoffen“.

Die grossen Epidemien und die Hungersnot, die nach Gadebusch (I, p. 80 ff.) 1211, 1212 und 1222 in Livland geherrscht haben, haben wohl auch Kurland nicht verschont. Näheres ist darüber nicht bekannt. Gewiss aber hat die Pest von 1315, über welche Thomas Hiärne (cf. Inland 1848 Nr. 36) berichtet, auch in Kurland gewütet; er schreibt darüber, es habe eine „solche Pestilenz gewütet, dass viele tausend Menschen hin und wieder in den Städten starben; auf dem Lande aber noch mehr, also, dass wenig gewesen, die die Aecker haben bauen können, ohne, dass auch in vergangenen Jahren ein steter Regen alles Gewächs ersticket und ersäufet hatte. Darauf riss nachher eine solche schreckliche Teuerung und Hunger ein, dass in Ermangelung des Brods und anderer Essenswaren die Leute nicht allein ungewöhnliche und widrige Tiere gefressen, sondern es trieb sie auch der Hunger zu andern abscheulichen Taten, dass die Eltern ihre eigenen Kinder zum Teil aus Mitleiden und der Qual ein Ende zu machen, umbrachten, teils ihren Hunger zu stillen, geschlachtet und aufgefressen haben. Es wurden auch von den armen Leuten des Nachts die Diebe und Gerichteten von den Galgen und Rädern abgestohlen und verzehrt“ (cf. Einige geschichtlichen Nachrichten über die Pest in unsern Gegenden, Inland 1848 Nr. 36 p. 752[1]). Gadebusch erwähnt dann weiter Pestepidemien in den Jahren 1348 und 1549—51. (Vergleich auch F. Dörbeck[2]). Dass 1571 im Sellburgschen Kreise die Pest geherrscht hat, geht aus einer Notiz im Sellburgschen Kirchenvisitationsprotocoll von diesem Jahre hervor. Es heisst darin: Hin hat dg. arme Volk unb der Pestilentz willen nicht können zusammenkommen, viel weniger die Teutschen, darumb ist dg. Examen bei wenigen, die doch wenig oder nichts gelernet, verrichtet worden“. 1579 bricht die Pest in Riga aus, 1580 finden wir sie ganz besonders bösartig auch in Kurland (Gadebusch II 224 ff.) Russow (cf. Scriptor. rer Livon. II, p. 140) sagt über dieselbe wörtlich folgendes: „denselben Herbst, anno 1580 im Octobri und Novembri ist abermals ein Comet in Liefflaud gesehen worden. Zur selbigen Zeit in der St. Martinsnacht hat sich eine unerhörte schnelle Sucht und Krankheit erst in Reval und darnach durch das ganze Land erhoben, dass binnen kurzer Zeit eine unzählige Menschenmenge daran gestorben ist, und dass nicht eine Stadt, Schloss oder Dorf, auch nicht ein Haus in der Stadt, auch kein Gesinde im Dorfe gewesen, wo die Leute, Jung und Alt, alle zugleich nicht krank gelegen hatten. Da sind alle Strassen und Märkte der Stadt und alle Heerstrassen und Dörfer ganz wüste von Volk und alle Kirchen in der Stadt auch etliche Tage ohne Prediger gewesen, in etlichen Dörfern ist nicht ein Mensch so gesund und stark gewesen, dass er das Vieh hätte futtern oder tränken können, weshalb ein jämmerliches Blöcken und Blarren des schmachtigen Viehes einige Tage gehöret worden. Und als man meinte, dass diese geschwinde Sucht allein Livland getroffen, hat man darnach erfahren, dass sie die ganze weite Welt, sowohl die Türkei und Tartarei, als die ganze Christenheit durchgewandert“.

Doch nicht genug damit, in den Jahren 1601—1603 (cf. Gadebusch II, 311, § 128) erwächst der Pest im ganzen Balticum in einer Hungersnot, wie sie kaum ihres Gleichen hat, ein schrecklicher Verbündeter. Wir besitzen mehrere alte Chroniken, die das Furchtbare dieser Zeit in den grellsten Farben malen. So berichtet Friedrich Engelken, „Pfarrer zu Zickeln, im Düneburgischen Gebiet in Lyffland“[1]), dass Sommer- und Winterkorn völlig missraten waren. Das wenige übrig Gebliebene aber von durchziehendem Kriegsvolke geraubt wurde. „Die Armen Leute buchen sich Brot von den Borcken der Esche vnd jungen Eichen, Auch aus den Seen die Seelilien Wurtzeln, hart getreuget, mit den Borcken zusammen klein gestossen, vnd der jungen Lindensafft drein gethan, gebacken und gegessen. Vnd alss sie sich damit nicht haben ersättigen können, haben sie Pferde, Hunde, Ratzen, Aass vnd allerley Vngeziefer, von Poggen, vnd andern vnreinen gefressen“. Es werden dann Fälle von Menschenfresserei in Selburg, Dubena, Ellern, Subbat, Illuxt, Lautzen, Demmen und Sickeln eingehend beschrieben. Einer dieser Kannibalen sagt: „Er wollte alle Menschen getödtet haben, so er nur hett erhaschen können, wenn er beym Leben bliebe were, wegen des süssen lieblichen geschmacks des Menschen Fleisches. So es aber von sich selbsten gestorben, were es nicht süsse, vnd der Bregen aus dem Haupte were über alle massen lieblich zu essen, vor aller anderer Spoise“. Ein zweiter Schilderer dieser Zeit, Dionysius Fabricius, Propst zu Fellin (s. oben) — Script. rer. Livon. II, p. 493 — entrollt vor uns ein Bild der Zustände während der damaligen Hungersnot, das wahrhaft erschütternd ist: Es seien während dieser Zeit gegen 600000 Menschen jeden Alters und Geschlechts in dieser Provinz gestorben, kaum der 10. Teil aller Bewohner sei übrig geblieben. Man habe die ausgemergelten, halbverhungerten Menschen sich auf die auf den Feldern umherliegenden Kadaver stürzen sehen. Mit den Zähnen hätten sie, gleich den wilden Tieren, das gefrorene Fleisch von den Knochen heruntergenagt. Hunde, die sich von Menschenfleisch genährt hätten, seien geschlachtet und verzehrt worden, doch was das Schlimmste sei, Menschen seien über Menschen hergefallen und hätten sie geschlachtet. Von einem erwachsenen Mädchen wird berichtet, dass es seine drei Brüder und vier Schwestern verzehrt hätte, um sein Leben zu fristen. Sie wurde festgenommen und gefragt, wie sie es hätte übers Herz bringen können, Menschenfleisch zu essen. Sie antwortete darauf, dass sie sich nichts besseres und schmackhafteres für die Zukunft wünsche, als Menschenfleisch, falls es ihr nur erlaubt würde. Sie wird darauf lebendig begraben. Zog ein Reisender in jener Zeit durch unser Land und kam er an die öden Höfe und Gesinde, so konnte er in jedem Hause Menschenknochen und Schädel erblicken, die von Verhungerten herstammten, deren Gebeine von wilden Tieren und Hunden benagt und umhergeworfen waren. Die Hunde hatten sich in jener Zeit derartig vermehrt, dass sie in Rudeln von 30 bis 50 Stück durchs Land streiften, und wehe den Wanderern, die nur zu zweien oder dreien reisten, ihr Untergang war ihnen gewiss. Die Saat stand ungemäht auf den Feldern, und häufig sah man im nächsten Frühjahre noch die armen Halbverhungerten die dürftig gefüllten Aehren sammeln, um sich Brod zu schaffen.

---

[1]) Vergl. Dionysii Fabricii praepositi pontificii Felinensis Livonicae historiae compendiosa series herausg. v. G. Bergmann. Rujen, abgedr. in Scriptores rer. Livon. II, p. 455.

[2]) Geschichte der Pestepidemien in Russland. Breslau, J. Kern. (M. Müller). 1906.

[1]) Wahrhaftige ganz erschröckliche, betrübte, und zwar von Anfang der Welt her wol niemalen erhörte Newe Zeitung von dem grossen Hunger, so sich im 1602 Jar nur allein im Fürstenthumb Semgallen. J. F. D. Herzogen Friederichen zugehörig in Lyfflande zugetragen, Königsberg bey Georg Osterbergers Wittwen Anno Domini MDCIII. Scriptor rer. Livon.

Dass die schlechte Ernährung Krankheiten hervorbrachte und vorhandene in ihrer Entwickelung unterstützte, liegt auf der Hand, so erfahren wir denn aus den Aufzeichnungen eines Freiherrn W. F. v. d. Brincken (Notata zur Liefflândischen und kurl. Gesch. Sitz.-Ber. der Kurl. Ges. f. Lit. u. Kunst. 1894, p. 78), dass „Anno 1601 die grosse Pest in Liff- und Curland gewesen sei. Im Hasenpothschen Stadtbuche (welches sich im Kurländischen Landesarchiv befindet) lesen wir auf einer Seite die Bemerkung: „Anno 1602 „Auch Ein Schwöre pest haben Wir gehabt". Paul Einhorn (l. c.) berichtet, dass während dieser Seuche und der im Jahre 1625 auftretenden das lettische Landvolk, um die Pest abzuwenden, zu seinen alten heidnischen Gebräuchen, dem früher erwähnten Opfer der „Saber" gegriffen hätte. Nach den in der Bauskeschen Kirchenchronik enthaltenen Nachrichten brach infolge des zwischen Sigismund von Polen und Gustav Adolph entstandenen Krieges eine grosse Teuerung in Kurland aus. Alle Lebensmittel mussten dazu noch aus Riga geholt werden, welches sich damals in schwedischen Händen befand. Nun herrschte aber dort seit 1623 (mit einer kurzen Unterbrechung im Winter) die Pest, die bis 1625 dauerte[1]). Von hier ist sie dann wohl auch nach Bauske verschleppt worden. In der Chronik heisst es, dass die Pest „1624 ihren schrecklichen Anfang nahm und bis ins folgende Jahr eine grosse Menge Menschen hinraffte." In den schon früher erwähnten Brinckenschen Notata zur Lieffl. u. Kurl. Historie (Sitz.-Ber. d. Kurl. Ges. f. Lit. u. Kunst. 1894, p. 78, veröffentl. v. H. Diederichs) heisst es, dass 1625 die Pest in Kurland geherrscht habe, „1627 im October hat die Pest zu Windau grassiert und in zweyn häusern die Menschen weggerissen." Der Mangel an Aerzten in damaliger Zeit und die Unkenntnis von der Natur der Seuche, liess es wohl zu keiner vernünftigen sanitären Massregel kommen. Die ersten schüchternen Versuche, der Pest wirksamer zu begegnen, werden in dem schon genannten „Hasenpothschen Stadtbuche" erwähnt. Wir finden da nämlich eine Pestordnung aus dem Jahre 1630 aufgezeichnet, die vom Hasenpothschen Prediger Bernhard Harder verfasst ist und welche 10 Punkte enthält.

Punkt 1) empfiehlt einen öftern Besuch des Abendmahls; in 2) wird verboten, Bier und Branntwein während des deutschen oder lettischen Gottesdienstes zu verschenken oder zu trinken, bei Verlust der Waren; 3) Freitags soll gefastet werden, wovon nur Kinder unter 6 Jahren und Schwangere ausgenommen sein sollen; 4) schreibt ein tägliches Gebet um Abwendung der Pest vor; 5) die Inficierten, oder solche, in deren Hause schon die Pest herrscht, sollen bei 50 Thaler Strafe den Verkehr mit den anderen meiden, „bei gesunder Luft"; 6) dieselben sollen durch die Armenvorsteher unterhalten und besorgt werden; 7) der Pastor soll Kranke und Gesunde besuchen, wofür er im Todesfalle ein „ehrlich Begräbniss" von der Gemeinde bekommen soll; 8) wird empfohlen, sich dem Arzt gegenüber gebührlich zu benehmen, auch solle er ein gewisses „Stipendium" bekommen, besondere Freiheiten geniessen und von allen Abgaben jetzt und in Zukunft befreit sein; 9) es werden besondere Träger bestellt, die aus dem Nachlass der Verstorbenen, oder falls es Arme sind, aus der Gemeindekasse bezahlt werden und endlich 10) haben die Amtspersonen (Vogt, Kirchen- und Armenvorsteher) darauf zu sehen, dass solches Alles auch wirklich geschehe.

Wir ersehen aus dieser Verordnung, dass durch dieselbe für die bei Epidemien wirksamsten Factoren: Isolierung der Kranken und derer, die mit ihnen in Berührung gekommen waren, Verpflegung derselben, ärztliche Hilfe und Fortschaffung der Toten durch besonders dazu angestellte Leute bestens gesorgt war. Ein merkwürdiges Streiflicht auf die Sitten damaliger Zeit wirft das Verbot des Trinkens starker geistiger Getränke während der Predigt in der Kirche. Zum ersten Male wird auch besonderer Privilegien Erwähnung getan, die der Arzt geniessen sollte. Nach 1631 grassierte die Seuche in Pilten (cf. Brincken, Notata zur Lieffl. etc.), 1646 hat in Libau (vergl. Wegner, Geschichte der Stadt Libau) eine pestartige Seuche geherrscht. Es wird eine besondere Zunft gegründet, welche für die Beerdigung Sorge zu tragen hat. Es waren eigene Träger bestellt, die die Pestleichen aus den inficierten Häusern auf die Strasse trugen, wo sie von den Gliedern der Zunft in Empfang genommen wurden. Wer von diesen Gliedern sich seiner Verpflichtung entzog, wurde die ersten drei Male mit $1^1/_2$, 3 und $4^1/_2$ Gulden gestraft, das vierte Mal erfolgte sein Ausschluss.

1655 brach dann wieder der Krieg zwischen Schweden und Polen aus, und Kurland wurde nicht nur durch die durchziehenden Truppen gebrandschatzt, sondern es folgte denselben auf dem Fusse noch ein schlimmer Gast, der schwarze Tod, die Pest, die um diese Zeit einen ihrer verderblichen Züge um die Welt angetreten hatte und auch in unserer Heimat ihren Zoll heischte: In „Berent Kedingks Tagebuch" (Sitz.-Ber. d. Kurl. Ges. f. Lit. u. Kunst, 1893, p. 105) lesen wir: „Anno 1657 hat die Pest grassieret undt Sein in — daran gestorben — hat sich Aussgebreitet, dass viell Tausend gestorben, Insonderheit hat die beinahe 4 Jahre langk angehalten. Endlich Ao 61 gänzlich aufge--".

In Bauske nahm sie (Bauskesche Kirchenchronik) 1657 den 27. Juli „ihren betrübten Anfang und wütete ein halbes Jahr hindurch erschrecklich". Die Sterblichkeit war eine sehr grosse. Krieg und Krankheit haben dann noch weiter unter den Einwohnern aufgeräumt; so lesen wir in derselben Bauskeschen Kirchenchronik, dass am 14. Febr. 1660 durch den Magistrat die Verordnung erfolgte, alle auf den Gassen liegenden Toten von Kirchengeldern zu beerdigen, „da man denn innerhalb einem Monat 227 Tote aufgehoben und begraben hat. Das Mitausche Kirchenbuch der deutschen St. Trinitatisgemeinde giebt uns in seinen Totenregistern einigen Aufschluss über die Schwere dieser furchtbaren Epidemie. Die durchschnittliche Zahl der Toten in den Jahren 1644—51 betrug 70 (Maximum 87, Minimm 55), 1652 steigt sie auf 105 und 1653 auf 91, es macht sich also schon eine grössere Sterblichkeit bemerkbar. 1656 finden wir 133 Tote verzeichnet, während im berüchtigten Pestjahre 1657 nicht weniger als 1082 Tote vermerkt sind, also eine Sterblichkeitsziffer, die die Norm um das 15-fache übersteigt. Davon sind Männer 314, Frauen 243, Kinder 525, also fast die Hälfte aller Toten (und zwar ohne Angabe des Geschlechts 133, Knaben 171 und Mädchen 221). Die Pest in Mitau begann wohl auch in den letzten Tagen des Juli, erreichte ihren Höhepunkt Anfang September und hörte im December allmählich auf, wobei vom 2.—9. Sept. 113, vom 9.—16. 103 Personen starben, was über 15 Todesfälle täglich bedeutet und dieses, wohl gemerkt, in einer Gemeinde, die, wenn man aus der Zahl der Todesfälle in normalen Jahren die Zahl der Bevölkerung berechnet[1]) kaum 3000 Seelen zählte.

In Libau und dem Grobinschen Kreise finden wir 1661 die Pest erwähnt. In Libau wird in diesem Jahre die

[1]) Einige geschichtliche Nachrichten über die Pest in unseren Gegenden — Inland, 1848, Nr. 36, p. 754.

[1]) In Nordwesteuropa kamen in den Jahren 1801—20 auf 1000 Menschen 27,3 Todesfälle (cf. Gustav Sundbärg, Bevölkerungsstatistik Schwedens 1750—1900, p. 58).

Pestordnung vom Jahr 1646 erneuert (Wegner, Gesch. d. St. Libau). 1687 finden wir die Pest in Bauske (Bauskesche Kirchenchronik), doch lässt sie sich auch sonst hier und da in Kurland nachweisen. 1696 (cf. Peter Friedrich Körber, Abhandlung von der Pest etc.. Reval. Lindforst, 1771) herrscht im Balticum wieder eine grosse Hungersnot, die Körber (p. 50) sowohl auf die Reduction des Privateigentumes überhaupt als auch auf die anbefohlene Erlegung der Arrenden in Korn, das nach Schweden ging, schiebt. Es sei dadurch eine grosse Armut entstanden, die eben in dem ausgesogenen Lande die Hungersnot hervorgerufen hätte. Die nächsten Jahre bieten nichts Besonderes, was die epidemischen Krankheiten betrifft. 1709 herrschte im Winter eine enorme Kälte, der im Frühjahre 1710 collossale Ueberschwemmungen folgten (Körber p. 54) und diesen wieder der leidige Hunger, der der nun auch noch auftretenden Pest den besten Boden bereitete. Aus dem Jahre 1709 berichtet Gadebusch (Livl. Jahrb. III Ant. § 160, 475 ff.): „Obgleich der Zar versprochen hatte, Kurland zu räumen und mit keiner Brandschatzung weiter zu belegen, so machten doch die gegenwärtigen Umstände die Erfüllung dieser Verheissung unmöglich. Davonwegen stand die Hauptstadt und das ganze Land in diesem Jahre noch alles Ungemach des Krieges und eine schwere Hungersnot aus". Diese Landplage vergrösserte eine wütende Pest, welche in diesem Jahre sich äusserte und noch das ganze folgende Jahr fortwährte. Letztere war schon im August 1709 aus Preussen nach Kurland eingeschleppt worden, hatte ihren Zug „plötzlich sprunghaft mehrere Meilen entfernt", fortgesetzt, gleichsam „eine schmale Schreckensgasse brechend, zur Rechten und Linken weite Striche und Ortschaften verschonend". Mit dem Herbst hatte Misswachs, Hungersnot und rauhes nasses Wetter die Seuche über Städte, Flecken und Gesinde im weitem Umkreis verbreitet. In den früher erwähnten Brinkenschen Notata zur Lieffländischen u. Kurl. Historie[1]) heisst es: „Anno 1710 war eine elende und jämmerliche Zeit in Liefland und Kurland, da beym Schluss des vorigen Jahres nicht nur Fleckfieber und die rote Ruhr viele Menschen hingerissen hatte, sondern auch die schweren Kriegszeiten, da die Russen sehr häufig im Lande lagen, einen hunger bey den gemeynen Leuten verursachten und zugleich die Pest im höchsten Grad grassierte, also, dass was die bauerschafft anbelangte, das Land sehr dünn von Leuthen blieb und mancher Edelmann wenige, mancher aber keinen von bauern übrig behilte, wodurch denn viele adelige Höfe verwüstet wurden. Der Adel und die Bürgerschaft sturben auch wohl zum teil, doch aber blieben die meisten conserviret. War also an Adel und Bürgerschaft kein grosser Abgang zu merken". In Goldingen herrschte die Seuche schon im April 1709 (Hennigs Materialien). Im Januar 1710 finden wir sie schon in Libau (im Juni im belagerten Riga). Die Symptome weisen auf die echte Beulenpest hin: Hitze, Kopfschmerzen, Schwäche, Verwirrung des Verstandes, schwächende Durchfälle, Beulen an den Weichen und dem Halse, das sind die Kennzeichen der damaligen Seuche, wie sie uns Körber schildert (p. 53). In Libau wütete sie vom Januar bis Ende Februar. Heinrich Romberg (cf. Wegner[2]) berichtet darüber folgendermassen: „Anno 1710 ist eine sehr starke und schwere Pest allhier in Liebau und gantzem Lande gewesen, also dass vom Monat Januar bis Ultimo Februar von der deutschen Gemeinde gestorben über 900 Menschen grosse und kleine. Sind bisweilen an einem Abend zu 18—20 Leichen begraben worden, die Woche aber bisweilen über 90, ja wohl gar 100 Menschen von der deutschen Gemeinde allein gestorben. Von der undeutschen Gemeinde sollen über 5000 Menschen grosse und kleine gestorben sein". Nach dem Bericht des Kirchenbuches der Libauschen deutschen Gemeinde sind im Jahre 1710 — 792 Personen gestorben. Zieht man davon die Zahl der in gewöhnlichen Jahren Verstorbenen (40—50) ab, so würde sich eine Pestmortalität von 750 Personen ergeben. Es dürfte demnach $^1/_3$ der damaligen Bürgerschaft der Seuche zum Opfer gefallen sein. In der lettischen Landgemeinde hat die Pest noch im September ihre Opfer gefordert. Auch jetzt wird wieder die Pestordnung vom Jahre 1646 erneuert und mit einigen Zusätzen versehen. So soll bei Beisetzungen im Erbbegräbnisse in der Kirche und im Kirchengewölbe die Leiche eine Elle tief unter die Erde gesenkt werden, weniger begüterte sollen auf dem alten Kirchhofe begraben werden „der bis dato gleich praktikabel gewesen". Keine Leiche darf drei Tage unbegraben liegen, und Leichenpredigten dürfen wegen der Gefahr der Ansteckung erst nachdem die Leiche der Erde übergeben, stattfinden. (Wegner, Gesch. d. St. Libau. 1898). In Grobin wurde der Gottesdienst auf freiem Felde abgehalten, und während der Austeilung des Abendmahls sanken die Beichtkinder rechts und links nieder. In Bauske brach die Pest im Sommer 1710 aus. Auf Befehl Herzog Friedrich Kasimirs wird die Beläutung der Toten eingestellt, die Leichenceremonien und die Beerdigungen in der Kirche hören auf, und vom 3. Juli an wird auch in Bauske der Gottesdienst unter freiem Himmel abgehalten; es werden besondere Pestprediger angestellt. In den Piltenschen Stadtprotocollen[1]) finden wir folgende Angabe. „Am Sonntag Trinitatis 1710 ist der Zorn Gottes auch über dieses Städtlein kommen, in dem die schreckliche Contagion, so schon überall im ganzen Lande grassieret, am selbigen Tage allhier ihren Anfang genommen, welches Sterben bis Michaelis gewährt und sind die meisten Einwohner von dieser grausamen Seuche in des Todes Staub geleget worden und welches am nachdenklichsten, dass ihr treuer und sorgfältiger Bürgermeister Otto Ernst Bencken mit seinem Tode diesen Sterbefall hat beschliessen müssen. Es ist vom ganzen Rat nur der Gerichtsvoigt Pulss überleben. In der Contagion sind gestorben allhier: An Manspersonen 42, an Frauenspersonen 60, an Kindern 88, Summa an Teutschen Gross Klein 190". In J. G. Büttners Schleckscher Kirchenchronik heisst es: „Die Pest hat 1710 in Schleck fürchterlich gewütet, dem damaligen Besitzer, Präsidenten von Behr sind viele Kinder, dem Prediger (s. Pastor Kiktuni) seine 20 Töchter gestorben. Die reichen Feldfrüchte sind aus Mangel an Bearbeitern auf dem Halm verdorben. Die Bevölkerung ist dadurch so schwach geworden, dass der Präsident verleitet worden freie Familien durch Zwang leibeigen zu machen. Es sind viele Gesinde eingegangen und die Wälder haben überhand genommen, so Palgen und Zirkallen, bis dahin Dörfer, deren Bewohner auf verödete Gesindstellen versetzt worden. An der Stelle des Flosskruges hatte früher das Dorf Azziken gestanden[2]). In Windau finden wir die Pest im Juni 1710. Im Verzeichnis der Gestorbenen im Kirchenbuche der deutschen Stadtgemeinde heisst es unter dem 26. Juni: „Hier ging leyder! die Contagion an, Gott erbarme sich in Gnaden!" Die Seuche währte wahrscheinlich bis Mitte 1711. Denn am 16. Juli bemerkt der Nachfolger des ebenfalls an der Pest hin-

[1]) Notata zur Liefländischen und Kurländischen Historie auss glaubwürdigen Manuscriptis zusammengetragen von mir, Wilh. Friedr. v. d. Brincken (veröffentlicht v. Diederichs, S. B. d. d. Kurl. Ges. f. Lit. u. Kunst 1894, p. 78.

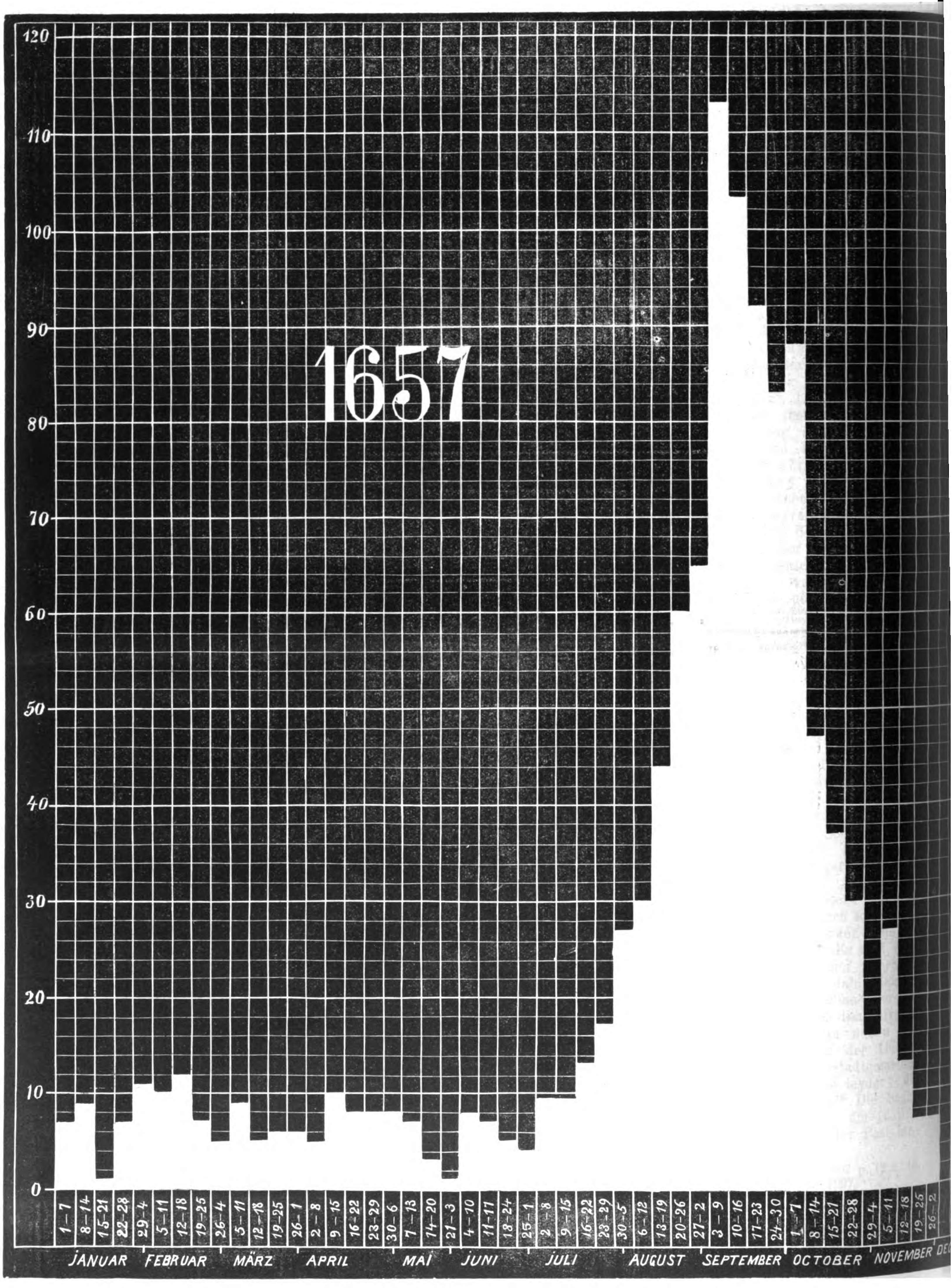
[2]) Geschichte der Stadt Libau. Libau, Puhze. 1898.

[1]) Sitz.-Ber. d. Kurl. Ges. f. Lit. u. Kunst, 1897 p. 12 u. 13.

[2]) Sitz.-Ber. d. Kurl. Ges. f. Lit. u. Kunst, 1897.

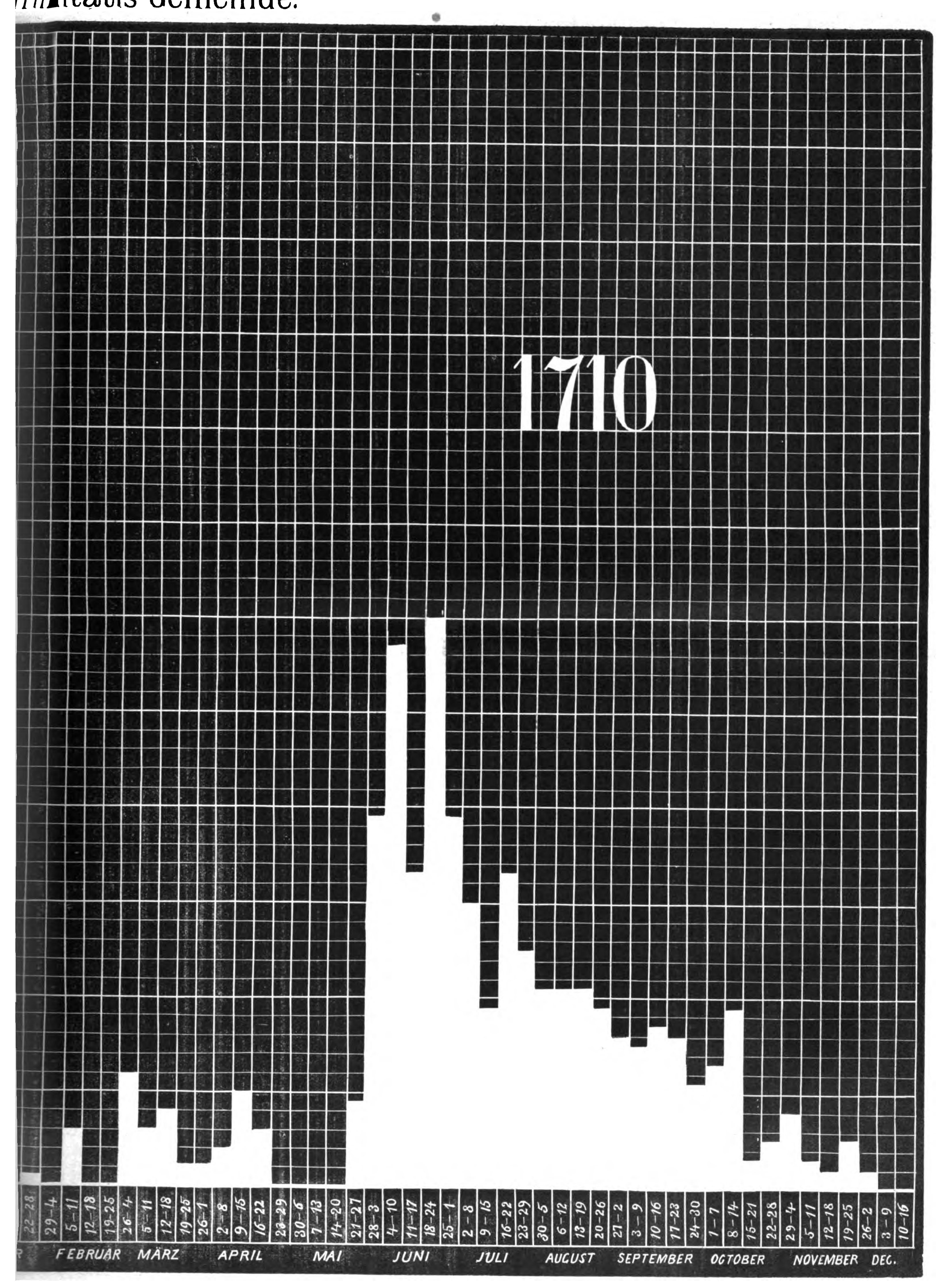
DIE PEST

Sterblichkeit in der



A. Raphael: Geschichte der Epidemie in Kurland. „St. Petersb. med. Wochenschr.“, № 43.

MITAU.
Trinitatis-Gemeinde.



gerafften Pastors: „Diese ist die erste Leiche, so nach der Seuche mit christl. ceremonium begraben worden". Da die Eintragungen nur bis zum 18. August 1710 reichen (an diesem Tage starb des Pastors Frau, am 20. Sept. er selbst), so ist das Bild nicht vollständig. Vom 26. Juni bis 1. Juli starben 6, vom 1. Juli bis 1. August 87 und vom 1. Aug. bis 18. Aug. 89 Personen. Die Sterblichkeit im Juli allein (87 Personen) übersteigt die normale Jahressterblichkeit (zu 18 pro anno angenommen) um fast das 5-fache. Nach der Pest soll die Stadt bis auf 7 Familien ausgestorben sein (K's Chronik), doch ergänzt sich die Zahl der Einwohner bald, indem eine starke Einwanderung, aus Deutschland hauptsächlich, stattfindet[1]. Beim Bau des Elevators für den Windauschen Hafen, der auf dem der Stadt gegenüberliegenden Ufer errichtet worden ist, stiess man auf eine grössere Anzahl menschlicher Scelette, die darauf hinwiesen, dass es hier ein Massengrab gegeben habe. Vielleicht sind hier die Opfer des Pestjahres 1710 begraben worden. (Mitt. des H. Consist.-Secr. Mahler). — Wie schlecht es mit der Sauberkeit in der Stadt bestellt war, ersehen wir aus der der Stadt Windau am 2. Mai 1695 verliehenen, sogen. „Bauersprache". Es heisst da Punkt 44: „Keiner soll vor seiner Thür den Mist der Strassen über 4 Wochen lang liegen lassen, bei Strafe 3 Mk. . ." (Cruse, Curland unter den Herzögen I. p. 213). Im Suhrsschen Gebiet starben 1806 Menschen (cf. Otto Kallmeyer, Prediger, p. 30), in ganz Kurland gegen 200,000, also ungefähr die Hälfte aller Einwohner (ibidem). Was nun Mitau betrifft, so hatte diese Stadt schon durch den Krieg stark gelitten. Hier trat die Pest im März 1710 auf, und es starben daran nach Ausweis der Kirchenrechnungen 1316 Menschen. Was die deutsche St. Trinitatisgemeinde betrifft, so benutze ich auch hier die Angaben des alten Kirchenbuches, das sich im Landesarchiv befindet. Die Seuche begann im März mit 27 Erkrankungen, im April gab es 33, im Mai 127, im Juni 213, Juli 120, August 89, September 73, October 45, November 16. Sie hatte also im Juni ihren Culminationspunkt, im November hat sie dann allem Anscheine nach aufgehört. Die grösste Zahl an Sterbefällen an einem Tage wurde am 18 Juni mit 17 erreicht, doch hat die Seuche 1710 in Mitau selbst lange nicht die Höhe erreicht, wie 1657, wenn wir den Eintragungen in das Mitausche Kirchenbuch Glauben schenken dürfen. Das Kirchenbuch ist ja nicht vom Prediger, sondern vom Küster geführt worden, der dazwischen selbst bemerkt, dass er Eintragungen unterlassen hätte, weil ihm nichts dafür bezahlt worden wäre. Es könnte ja wohl aber auch der Umstand eingetreten sein, den Brincken in seinen Aufzeichnungen erwähnt, dass nämlich während dieser Epidemie von den besser Situierten, zu denen doch die Glieder der deutschen Gemeinde gehörten, weniger gestorben seien, als vom einfachen Volk. In wie rationeller Weise man sich vor der Seuche zu schützen suchte, geht aus einem vom Herzog Friedrich Wilhelm am 12 Juni 1710 erlassenen Patente hervor. Es wird durch dasselbe angeordnet, dass die deutsche Gemeinde ihren Gottesdienst nicht in der Kirche, sondern vor dem Rathause auf dem Markt, die lettische Gemeinde auf einem andern Platze abhalte, da Leute sich in der Kirche infiziert hätten. Erkrankt jemand in der Stadt, so wird er in ausserhalb der Stadt liegende Riegen[2] gebracht, dort verbleibt er, bis sich die Natur seiner Krankheit herausgestellt hat. Erweist es sich, dass er pestkrank ist, so kommt er in die grosse Doppelriege, welche für die Pestkranken eingerichtet ist. Es lagen die Deutschen und Undeutschen getrennt in dieser Riege. Nach seiner Genesung muss der Kranke in einer anderen Riege eine Beobachtungszeit durchmachen, die er nur versehen mit einem Gesundheitsattest des behandelnden Chirurgen verlassen darf. Die Krüge in der Stadt werden alle 8 Tage durch Schlosssoldaten und Stadtdiener revidiert und die dabei entdeckten Kranken in die erwähnten Riegen gebracht. Wer Fremde oder Kranke heimlich bei sich aufnimmt, wird aus der Stadt getrieben und darf sie vor 6—8 Wochen nicht betreten. Für die Pestriegen wird als Pestarzt der Chirurgus Peter Wegner angestellt, dem ein Gehilfe bewilligt wird. Er und sein Gesell erhalten monatlich 32 Th. Alb., welche der Herzog und die Stadt zur Hälfte zahlen. Beide dürfen die Stadt selbst nicht betreten, können sich aber bei Dr. Betulius, dem Hofarzt, Rat holen. Derselbe starb selbst während dieser Epidemie an der Pest. Medicamente sollen den Armen unentgeltlich aus der Hofapotheke verabfolgt werden. Alle Stadttore werden streng bewacht. Das Verpflegungswesen wird zweien, von der Stadt damit Betrauten, übertragen. Dieselben sollen auch etwaige milde Gaben, die für die Kranken gestiftet werden, in Empfang nehmen. Täglich sollen sie dem Oberhauptmann Bericht erstatten. Zu ihrer Hilfe werden ihnen 4 Mann bewilligt. Alle, die Kranke ausserhalb und innerhalb der Stadt verpflegt haben, sowie die Torwachen, erhalten täglich 2 Pfund Brod aus dem herzoglichen Magazin. Haben die Kranken etwas an Medicamenten nötig, so wird solches der Torwache gemeldet, die ihrerseits die zwei damit betrauten benachrichtigt. Sterben in einem Hause beide Eltern, so sollen die Anverwandten die Kinder ausserhalb der Stadt unterbringen, Kisten und Kasten sollen nicht gerührt werden, das Haus selbst soll vernagelt werden. Dasselbe geschieht auch, wenn die Bewohner eines Hauses ganz aussterben. Alle Häuser, in denen Kranke liegen oder gelegen haben, werden an den Türen mit einem weissen Kreuz bezeichnet. Wer in ein solches Haus einbricht und es bestiehlt, soll durch den Strang hingerichtet werden. Täglich soll dem Oberhauptmann über die Zahl der Gestorbenen berichtet werden. Das Begraben der Leichen in den Kirchen, wie das Beläuten der Toten hat aufzuhören, alle Toten ohne Unterschied sollen auf dem Kirchhof begraben werden, die Undeutschen aber ausserhalb der Stadt. Ueber all dieses soll der Rat wachen und den Oberhauptmann und die Ratsverwandten in Jedem unterstützen[1]. Es sind dieses Verordnungen, wie sie (zieht man dabei doch die Unkenntnis von der wahren Natur der Pest in Betracht) kaum rationeller gedacht werden können.

Was Alles zum Zustandekommen einer Pestseuche in jener Zeit für nötig erachtet wurde, entnehmen wir dem früher erwähnten 1771 erschienenen Werkchen Körbers über die Pest. Sichere Anzeichen, dass dieselbe einer Gegend droht, sind: 1) Wenn die Gottlosigkeit und Lasterhaftigkeit der Menschen grössere Dimensionen erreicht. 2) Wenn ein Komet auftritt, dessen Schweif nach Osten zeigt. 3) Wenn die Luft wenig bewegt ist, entweder grosse Kälte, oder grosse Hitze herrscht, wenn es Nebel giebt. 4) Wenn alle Pflanzen verdorren und eine Insectenplage eintritt. 5) Wenn der Wein trotz aller Vorsichtsmassregeln verdirbt. 6) Wenn Fische und Frösche in Massen sterben. 7) Das Brod an der freien Luft sich mit Schimmel bedeckt. 8) Wenn Seuchen unter Rindern, Schafen, Schweinen, Hunden und Katzen auftreten und die Cadaver derselben nicht tief genug begraben werden. 9) Wenn blutige Kriege, Teuerungen und Pestilenz auftritt. 10) Wenn Menschen zu eng beisammen wohnen. 11) Wenn giftige Fieber,

[1]) Mitteilung des Herrn Consistorialsecr. cand. jur. Mahler in Mitau — Windausches Kirchenbuch.

[2]) Scheunen mit einer Abteilung zum Dörren des Getreides.

[1]) K. W. Cruse, Curland unter den Herzögen, I, Beil. 4, p. 346.

wie Blattern, Fleckfieber, Ruhr und andere herrschen. 12) Wenn die, die einmal die Pest überstanden haben, ein „Jucken und Zucken in den alten Narben“ empfinden. 13) Wenn die gewöhnlichen Raubvögel fortziehen und an deren Stelle andere auftreten und 15) endlich wenn in der Nachbarschaft irgendwo die Pest herrscht.

War schon während des Wütens der Seuche ein Buss- und Bettag für das ganze Land von Herzog Friedrich Kasimir angeordnet worden (Diarium des Propstes Stender, Sitz.-Ber. d. Kurl. Ges. f. Lit. u. Kunst, 1893, p. 33), so erfolgte am 30. December 1711 beim Aufhören derselben ein allgemeines Dankgebet. Unerhört waren die Verluste, schrecklich die Wunden, aus denen unser armes Heimatland blutete. Fast die Hälfte aller Bewohner Kurlands, über 200000 Menschen, deckte der Rasen. Wüst und verödet lagen Guts- und Bauernhöfe, zahllose Familien waren ganz ausgestorben. An Predigern allein verlor Kurland in jener Zeit 51, 13 Kirchen gingen ein, ganze Dörfer und Pastorate verschwanden und sind bis zum heutigen Tage nicht wieder erstanden. Ueberall Trauer, Elend und Armut. Alle Geschäfte gingen abwärts, keiner konnte seinen Verpflichtungen nachkommen, und die Güter gerieten haltlos in den Concurs, da es an Kräften gebrach, den Boden zu bebauen. Es trat eine völlige Entwertung desselben ein, die sich noch Jahrzehnte nach der Pest nachweisen liess. Nach 1721 (cf. Otto Kallmeyer, p. 33) war die Hoflage Remten ganz wüst und ohne Gebäude, die Gehege ausgehauen, die Felder und Staunungen ungeackert und unbesäet, ja 1746 (Sonnaxtsche Brieflade, Sitz.-Ber. d. Kur. Ges. f. Lit. und Kunst, 1893, p. 16) finden wir in den Revisionslisten des Gutes Sonnaxt vermerkt, dass dasselbe nur 106 Floren trug, von denen 68 Floren Reineinnahme waren. Doch das Unglück und wohl auch die Vereinsamung nach dem Tode aller Angehörigen brachte viele Herzen einander näher. Was Claus Steding [1]), ein Revalenser Kaufherr, nach der Pest 1657 von Reval berichtet: „die Kaufhandlung geht schlecht, aber eine andere Handlung geht gut von Statten: „Das Freien und Sichfreienlassen“, das gilt auch von Kurland nach der Pest 1710. Betrug die Zahl der im Kirchenbuch der Mitauschen St. Trinitatisgemeinde verzeichneten getrauten Paare im Jahre 1710—27, so stieg sie 1711 auf 115, dementsprechend steigt auch die Geburtsfrequenz der folgenden Jahre. Nach dieser grossen Seuche haben wir in Kurland keine Epidemie mehr zu verzeichnen, die mit so elementarer Gewalt Leben und Wohlstand vernichtet hat. Am Anfang des 19. Jahrhunderts treten dann andere Seuchen mehr in den Vordergrund, die, wenn sie auch nicht so verderblich wurden, wie die Pest, doch energische Massregeln zu ihrer Bekämpfung erforderten. So sehen wir, dass die vielfachen Pockenepidemien zu einer lebhaften Impftätigkeit der Aerzte führten, und besondere Lorbeeren hat sich auf diesem Gebiet der spätere Medicinalinspector Bidder erworben, der 1825 ein Impfreglement für Kurland ausarbeitete und die Freude erlebte, dass die Pocken-Epidemie deutlich abnahm. Ein zweiter unangenehmer Gast, die Syphilis, machte in dieser Zeit die Einrichtung von besonderen Hospitälern auf dem Lande nötig. Diese Seuche und das Trachom hat Kurland wohl dem Durchzuge der Franzosen zu verdanken, obgleich sonst im Uebrigen das Jahr 1812 in gesundheitlicher Beziehung auffallend günstig war. Bidder (Beil. z. allg. deutschen Zeitung f. Russl., 1831, Nr. 54, 8. XII) sagt über dasselbe: „Nie gab es in Kurland eine gesundere Zeit, obgleich die Hospitäler der fremden Kriegsherrn viele Kranke enthielten. Aller Einwohner Aufmerksamkeit war auf die eigene ständliche Gefahr und auf die Entwickelung des grossen Drama gerichtet, das vor uns aufgeführt wurde. Alle kleinen körperlichen Leiden schwiegen, oder wurden nicht beachtet; von Hysterie und Hypochondrie, von Gicht und Rheumatismen, von Flussfiebern und gastrischen Beschwerden war keine Rede; die Aerzte gingen spazieren, die Apotheker standen am einsamen Receptiertische!“ — 120 Jahre waren seit der grossen Seuche vergangen, da klopfte ein anderer grausiger Fremdling, die Cholera, an die Tore Kurlands, ein Fremdling, der seine Heimat in Indien verlassen hatte und seinen Gifthauch über einen grossen Teil der civilisierten Welt hinwegwehen liess. Ich muss es mir versagen, über die Choleraepidemie Ihnen ausführlich zu berichten, obgleich gerade die erste derselben 1831 sehr viel Interessantes bietet, die zweite 1848 sich durch ihre grosse Sterblichkeit auszeichnet. Sie sehen hier die graphische Curve für die Pestepidemien zu Mitau in den Jahren 1657 und 1710.

Wir haben gesehen, dass viele der Maassregeln, die früher angewendet wurden, auch noch heute ihre Berechtigung haben. Hat uns auch die moderne Wissenschaft wirksamere Waffen zum Kampf gegen die Epidemien in die Hand gedrückt, in vielen Dingen stehen wir auch hier noch auf den Schultern der Vorfahren. Durchmustern wir das Verzeichnis der Aerzte alter und neuer Zeit in Kurland, so finden wir viele Namen, bei denen als Todesursache eine ansteckende Krankheit angegeben ist, so ist 1657 der Mitausche Pestarzt Jacobus Compins, sowie 1710 der Dr. Johann Salomon Betulius, an den sich der Pestchirurg Wegner um Rat wenden sollte, selbst an der Pest gestorben. So ist der Doctor Lichtenstein, einer der beliebtesten Aerzte Mitaus am Anfang des vorigen Jahrhunderts, der 1831 mit Erfolg in der Cholerabaracke tätig war, 1848 selbst an der Cholera gestorben. 1831 kann sich Dr. Friedrich Hartmann in Hasenpoth nur durch Einnahme der von ihm verschriebenen Pulver vor schweren Misshandlungen des Pöbels schützen. Er stirbt wenige Tage später an der Cholera. Im selben Jahre wird die Haltung des Mitauschen Pöbels dem Medicinalinspector Heinrich Bidder gegenüber eine drohende, und fast erfolgt auch hier ein Angriff. Aehnliche Fälle liessen sich gewiss in zahlreicher Menge anführen, haben wir Aerzte doch in den Kämpfen, die wir zu durchkämpfen haben, Front nach verschiedenen Seiten zu machen: die Krankheit als solche anzugreifen und uns zugleich vor dem Mistrauen und der Dummheit der Menschen zu schützen. Dass aber die Aerzte Kurlands gleich den Aerzten des übrigen Balticums den Kampf gegen diese drei Feinde erfolgreich zu führen wussten, das lehrt uns ein Blick in die Geschichte der Epidemien auch der neueren Zeit. Ertönte der Ruf: „Freiwillige vor“!, so haben Kurländer und Balten nicht an letzter Stelle gestanden. Ich kann meinen Vortrag nicht schliessen ohne eines Mannes zu gedenken, der, wenn ich so sagen darf, auch bei der Bekämpfung einer Epidemie, wenn auch andrer Art, zu früh dahingerafft wurde. Als die grosse Freiheitspsychose des Jahres 1905 ihre blutigen Wogen über unser Heimatland ergoss, wurde er von denselben verschlungen; ich meine Dr. Adolf Katterfeld, der, lebte er, heute gewiss in unsrer Mitte weilte, hat er doch gerade für Alles, was das Wohl und Wehe Kurlands betraf, immer das Herz auf dem rechten Fleck gehabt.

---

[1]) cf. Winkler. Zur Geschichte der Pest von 1657 in Reval und Estland. p. 12.

Aus dem Deutschen Alexander-Hospital für Männer zu St. Petersburg.
(Direktor Dr. med. H. Westphalen).

Casuistische Beiträge zur Novozon-Therapie.

Von
Konstantin von Kügelgen,
z. Z. Assistent am Hospital.

Das Novozon [1]) (Magnesiumsuperoxyd) soll durch Sauerstoffbereicherung des Blutes und dadurch bewirkte Förderung der Zellernährung und Verbrennung der im Körper aufgespeicherten Giftstoffe, so besonders der Harnsäure, — resp. durch Steigerung der Blutalkalescenz — Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Diabetes, Fettsucht, Rheumatismus), Magendarmaffektionen (Achylie, Constipation u. a.), Blutkrankheiten (Anämie, Chlorose, Leukämie), Psychoneurosen (Neurasthenie, Migräne u. a.), Dermatosen u. v. a. bedeutend bessern oder heilen (Hinz, Winterberg, Möller, Köcher u. a.).

Abgesehn vom Schwinden der jeweiligen Krankheitssymptome und dem durch die Steigerung des Stoffwechsels hervorgerufenen grösseren Wohlgefühl soll das N. (nach Winterberg, Köcher u. a.) erhöhten Blutdruck — Puls weniger frequent, kräftiger, voller, eventuell weniger arythmisch — bedeutende Zunahme des Appetits und des Körpergewichts bei Anregung der Peristaltik und Stuhlvermehrung und erhöhte Tätigkeit der Nieren — Steigen der Menge, des Säuregrades, des specifischen Gewichts, der Kochsalz- und Harnstoffmenge und wesentliche Abnahme der Harnsäuremenge des Harns — zur Folge haben.

Auf Anregung von Dr. O. Moritz habe ich das N. [2]) bei einigen Kranken angewandt und im Verlaufe der N.-darreichung täglich quantitative Harnanalysen [3]) ausgeführt.

Fall I. G. B. 28 J. — Neuroarthritis: Neurasthenie und Podagra leichten Grades. — Grosser kräftiger Mann mit chronischer Schwellung des rechten ersten Metatarsophalangealgelenks. Temp. normal. Puls gleich- und regelmässig, voll, hoch, 72. Innere Organe bis auf eine gut kompensierte postrheumatische Mitralinsuffizienz o. B. Dermographismus, hypästhetische und hyperalgetische Partien, mässig ausgeprägte Cerebrasthenie, atonisch-spastische Constipation.

Vom 31. III. bis 2. IV. bekommt Pat. gewöhnliche gemischte Kost, vom 3. bis 10. Probekost (bestehend aus täglich annähernd der gleichen Menge Milch, Zwieback, Bouillon mit Ei, Haferschleim, Hackfleisch und Kartoffelpurée), vom 11. bis 13. IV. wieder gewöhnliche gemischte Kost.

Am 3. bis 6. IV. klagt Pat. über Schlaflosigkeit, Kopfdruck, nervöse Polyurie, am 5. und 6. nach Einnehmen des N. ausserdem über Magenschmerzen. Am 4. und 5. besteht leichte Pharyngitis und Tonsillitis. Vom 9. bis 13. fehlen die sonst fast täglichen Schmerzen im rechten grossen Zeh und kehren erst am 14. IV. wieder. Bis zum 4. IV. hat Pat. täglich einen sehr harten Stuhl, am 5. keinen, am 6. einen sehr kleinen, am 7. und 8. keinen, weswegen er am 8. abends 2 Cascarinpillen bekommt, am 9. normale, am 10. 2 flüssige, am 11. einen flüssigen und einen festen, am 12. und 13. je einen festen Stuhl. Der Puls ändert sich nicht wesentlich. Das Körpergewicht fällt von 74 kg allmählich auf 72,4 kg entsprechend dem ständig abnehmenden Appetit

Der Harn ist sauer, nur am 31 III. und 8. IV. neutral, enthält nie Eiweiss oder Zucker.

Wie aus Tabelle I ersichtlich, steigt die Urinmenge während der N.-periode um 217 ccm. gegen die ganze Vorperiode (fällt aber um 5 ccm. gegen die Vorperiode mit Probekost) und bleibt in der Nachperiode gross. Das specifische Gewicht ist relativ schwerer. Die Tagesmenge der Chloride nimmt um 4,71 g zu, die des Harnstoffs aber um 1,37 g ab, während die der Harnsäure völlig unverändert bleibt. Grössere Tagesmengen an Harnstoff gibt erst die Nachperiode, doch steigt während derselben neben dem Kochsalz auch die Harnsäure, sodass ein Zerfall von Harnsäure resp. ihre Verbrennung zu Harnstoff in gesteigertem Masse nicht statt zu haben scheint.

Fall II. J. M. 18 J. Polyarthritis rheumatica. Hochaufgeschossener schmächtiger Jüngling. Im XI. 1907 plötzlich mit heftigen Schmerzen im linken Handgelenk und Knie und hoher Temp. erkrankt. Vom XI. bis Ende III. 1908 erkranken unter wiederholten Temperaturanstiegen das linke Ellbogen- und Schultergelenk, während das Knie fast gesund, das Handgelenk besser wird. Puls inäqual, leicht irregulär, weich, sehr labil, 80—120. Organe bis auf paukenden, zuweilen unreinen I Ton über der Spitze und leicht blasenden II Pulmonalton o. B. — Pat. leidet an häufigen Kopfschmerzen, Herzklopfen, ist leicht aufgeregt.

Kost cf. Fall I.

Therapie siehe Tabelle II. Ausserdem wird Pat. mit Methylsalicyl- resp. Ichthyolsalbe eingerieben.

In der Vorperiode verschwinden die Herzgeräusche, Pat. fühlt sich wohler, Puls ist weniger labil, Temp. normal. Am 2. IV. treten unter Temperaturanstieg Schmerzen in der linken Schulter auf, am 3. wird der Puls wieder leicht arhythmisch, am 4. werden die Schmerzen stärker, sodass Pat. am 5. deswegen weint. Am 6. fühlt er sich wohl. Am 8. klagt Pat. über Magenschmerzen und Bullern im Leibe, der tägliche sonst feste Stuhl ist am 8. flüssig. Am 9., 10., 12. Schulterschmerzen, Pat. verliert den Appetit, sodass er bis zum 14. regelmässig einen Teil der Probekost stehn lässt. Am 13. fühlt Pat. sich wohler, bessert sich aber endgiltig erst Ende April unter Massage.

Das Körpergewicht steigt zuerst langsam von 52,8 kg auf 53 am 6. IV., fällt bis zum 13. auf 51,1, um bis zum 16. IV. wieder auf 52,5 kg zu steigen. Der Puls wird weniger arhythmisch, bleibt aber frequent.

Der Harn enthält nie Eiweiss oder Zucker.

Die Tagesmenge des Urins (cf. Tabelle II) nimmt in der N.-periode um 143 ccm. zu, das specifische Gewicht, ist also relativ schwerer. Der Harn wird saurer. Die Tagesmenge der Chloride steigt um 3,6 g, die des Harnstoffs und der Harnsäure sinkt um 1,22 resp. 0,1 g.

Fall III. P. T. 34 j. Polyarthritis gonorrhoica (Rekonvalescent). Kleiner schwächlicher Mann. Anfang IV. Infection mit Gonorrhöe. Am 25. IV. unter Fieber heftige Schmerzen und Schwellung beider Kniee, des rechten Handgelenks und der Finger der linken Hand. Innere Organe bis auf leichten Pulmonalakcent und verkürzte rechte Lungenspitze o. B. — Puls rhythmisch, voll, frequent.

[1]) Im folgenden kürze ich Novozon mit N. ab.

[2]) Zur Prüfung habe ich N. purum gewählt, weil bei den andern N.-präparaten — -Nährsalz, -Milchzucker, -Pepsin, -Eiweiss, -Kakao und -Schokolade, -Malzextrakt u. s. w. — die N.-wirkung keine reine sondern durch die andere Komponente modificierte sein dürfte.

[3]) Zwecks grösserer Genauigkeit wurde meist die ganze Tagesmenge des Harns in einem Glashafen gesammelt und die zu den Untersuchungen nötige Urinmenge mittels einer Pipette zu gleichen Teilen aus den oberen und unteren Schichten des vorher gut umgerührten Urins entnommen. Die Bestimmung der Chloride geschah nach Mohr (Kaliumchromat, Silber), die des Harnstoffs nach Knop-Hüfner im Jollesschen Azotometer (volumetrisch); die der Harnsäure nach Hopkins (Chlorammonium, Ammonsulfat, Schwefelsäure, Permanganat).

Bis zum 30. V sinkt die Temperatur langsam zur Norm, die Schmerzen in den Gelenken werden geringer. Unterbrochen wird die Reconvalescenz am 19. V durch einen plötzlichen Temperaturanstieg unter Schüttelfrost auf 39,4 mit Eruption von einzelnen linsengrossen dunkel- bis hellröten, nicht juckenden Flecken und wenig erhabenen Knötchen, die auf Druck nicht blass werden, und mit Schmerzen im linken Ellbogen. Die Efflorescenzen werden allmählich heller rot, den Typhusroseolen ähnlich, auf Druck blass, schwinden bis zum 22. V. Am 24. ein gleicher, am 27. V, 2. und 6. VI. ähnliche, schwächere Anfälle. Von da an bleibt die Temp. normal, die Gelenke werden beweglicher, die Kraft nimmt zu, das Körpergewicht steigt von 45,4 kg. auf 49 kg. am 15. VI, obwohl Pat. vom 13. bis 17. über zunehmende Appetitlosigkeit klagt. Der Puls ändert sich nicht wesentlich. Der Stuhl, anfangs nur auf pulvis liquiritiae resp. Wassereinlauf erfolgend, wird unter Kollern und Bullern im Leibe vom 9. VI an flüssig und spontan; am 18. VI morgens noch ein flüssiger Stuhl, abends hört das Kollern auf, und der zweite Stuhl ist von festerer Consistenz und wird von da an wieder hart, so dass Wassereinläufe nötig werden.

Vom 30. V bis zum 9. VI nimmt Pat. täglich ein Salzbad von 30°, die ganze Zeit über täglich 3 Mal 10 Tropfen Convallariatinctur und 3 Mal 0,5 g Aspirin.

Die Kost ist die gewöhnliche gemischte + grüner Salat und später frisches Obst.

Der Harn ist anfangs sauer, hell und klar, enthält nie Eiweiss oder Zucker. Beim Stehn wird er trüb und alkalisch, es fallen kohlensaurer Kalk, Trippelphosphat und kohlensaure Magnesia aus. Im weiteren Verlauf wird der Harn — entsprechend dem Obstgenuss — alkalisch.

Die Tagesmenge des Harns (cf. Tabelle III) sinkt in der N.-periode um 70 ccm., um in der Nachperiode kräftig zu steigen, desgl. bleibt auch der Harnstoff in der N.-periode subnormal, wird erst in der Nachperiode entsprechend dem besseren Appetit und grösseren Wohlbefinden weniger subnormal. Auch die Chloride und die Harnsäure nehmen an Tagesmenge ab; letztere sogar bedeutend — wegen reichlichen Obstconsums (cf. Bunge).

Anhang. W. L. 64 J. Arteriosklerosis. Obstipatio chron. Mittelgrosser, hagerer Greis mit hypertropher Prostata und chronischer Cystitis. Temp. normal. Puls leicht arhythmisch klein, weich, 78—96. Innere Organe bis auf dumpfe Herztöne o. B. Pat. macht einen leicht altersblöden Eindruck.

Ausser N. bekommt Pat. 3 Mal täglich 100 ccm. Wildungen, 3 Mal 0,5 g Urotropin, 2 Mal 15 Tropfen Jodipin, zur Nacht eine Compresse auf den Leib und wird am 10., 14., 15. und 17. V katheterisiert, wobei jedesmal ca. 200 ccm. Residualharn entleert werden. Es gelingt dem senil-dementen Pat. ständig einen Teil des Harns in das Gefäss für die Fäces zu deponieren, dessen Menge nicht genau bestimmt und zu den Analysen nicht gebracht werden kann.

Die Kost cf. III; statt Salat Pflaumencompott. Pat. klagt ständig über Kopf- und Leibweh, vom 13. V an auch über Mattigkeit, Schwäche und verstärkten Stuhldrang.

Der Stuhl, der anfangs nur mit Laxantien und Klysmen und nicht jeden Tag zu erzielen ist, erfolgt seit dem 12. V spontan täglich 1 bis 2 Mal und wird reichlicher und von weicherer breiartiger Consistenz. Der Puls wird nicht wesentlich geändert. Subjectiv tritt eine solche Verschlimmerung des Befindens ein, dass Pat. ganz plötzlich das Hospital verlässt [1]).

Der Harn ist anfangs getrübt, enthält Leucocyten und Blasenepithelien in ziemlicher Menge, nie Zucker, nur anfangs in Spuren Eiweiss, später, wo er klarer wird, nicht mehr. Die Reaction ist sauer, wird beim Stehn häufig alkalisch.

Die Tagesmenge des Urins (cf. Tabelle IV) nimmt um etwa 500 ccm. zu, die der Chloride cc. um 4 g, die des Harnstffos um cc. 5,5 g, die der Harnsäure um cc. 0,25 g.

[1]) Daher fehlt die Nachperiode.

Zusammenfassung. Eine Wirkung des N. auf die Diurese ist in der Tat vorhanden: die Harmenge stieg, die Tagesmenge des Kochsalzes nahm zu, dementsprechend wurde der Harn relativ schwerer. Die verlangte Abnahme der Harnsäureausscheidung trat nur bei III ein (bei II war sie unbedeutend), wo aber auch die andern Tagesmengen in der N.-periode sanken: dementsprechend fand keine Steigerung der Harnstoffausscheidung statt — ausser bei IV, wo aber auch die Harnsäure stark zunahm. Eine stärkere Verbrennung der Harnsäure zu Harnstoff hat in den 4 Fällen augenscheinlich nicht stattgefunden. Dass bei I trotzdem die gichtischen Schmerzen zeitweilig während des N.-gebrauchs schwanden. spräche für die Annahme Bunges, dass vermehrte Harnsäurebildung bei der Gicht nicht Ursache sondern Symptom ist.

Alle 4 Fälle hatten keine Zunahme des Appetits, II und III klagten sogar über starke Abnahme desselben. Dementsprechend sank das Körpergewicht. Die Zunahme bei III dürfte auf Rechnung der Reconvalescenz zu setzen sein.

Eine Beeinflussung des Magendarmtrakts war in allen Fällen vorhanden. Bei I äusserte sie sich in Magenschmerzen und in — auf Stuhlverhaltung folgender — Diarrhöe; bei II trat nur 1 Mal Durchfall auf, aber neben Leibschmerzen auch Bullern im Leibe; bei III Bullern und neben Verflüssigung des Stuhles anscheinend auch eine Vermehrung desselben; bei IV deutliche Stuhlvermehrung, Abnahme der Consistenz und häufiger Stuhldrang.

Ausser den erwähnten Beschwerden und der Appetitlosigkeit, die durch den ausnahmslosen, zunehmenden Widerwillen gegen das N. bedingt schien, traten bei II Erregungszustände auf und bei IV grosse Mattigkeit und Schwäche[1]).

Eine Zunahme des Wohlgefühls war bei I zu constatieren.

Unbedingt empfehlen kann ich das N. nicht. Dazu ist die Wirkung zu unsicher[2]) und die Zahl der möglichen Beschwerden[3]) zu gross.

Immerhin dürfte bei Neurasthenie, Gicht, chronischer Obstipation — oder andern hartnäckigen Krankheiten, bei denen der Stoffwechsel massgebend ist — u. a. auch das N. eines Versuches wert sein, besonders wenn die Möglichkeit zu einer Aenderung der Lebensweise oder zu einer gewissenhaft durchgeführten diätetisch-physikalischen Kur nicht vorliegt.

[1]) Die subjectiven Beschwerden dürften geringer sein bei Anwendung anderer N.-präparate und weniger schematischer Dosierung als es diese Versuche verlangten.

[2]) In den Fällen, wo gar keine Nebenerscheinungen auftreten, fehlt manchmal auch jede Einwirkung — mehrere Wochen lang (Möller).

[3]) Möller, Köcher u. a. erwähnen ausser den oben geschilderten noch folgende z. T. allerdings nur passagere Beschwerden: Schweissfüsse, nächtliche Schweisse, überhaupt Neigung zu starker Transpiration; Zunahme der Kälte an Händen und Füssen; Steigerung der Kopf- und anderer Schmerzen; Müdigkeit bis Schlafsucht; Aufregung und Erregungszustände; gesteigerte Sekretion der Schleimhäute, besonders der Nase, des Nasenrachenraums und der Trachea.

Tabelle I.

	31. III.	1. IV.	2	Im Mittel	3	4	Im Mittel	Mittel der Vorperiode	5	6	7	8	9	10	Mittel der N.-periode	11	12	13	Mittel der Nachperiode.
Tagesmenge in ccm.	1800	1675	1625	**1700**	2075	2050	**2063**	**1841**	2550	2275	2050	2250	1775	1450	**2058**	2300	2100	1900	**2100**
Spec. Gewicht	1,020	1,020	1,025	**1,022**	1,015	1.015	**1,015**	**1,019**	1,012	1,018	1,020	1,015	1,022	1,025	**1,019**	1,015	1,018	1,025	**1,019**
Chloride, %	1,20	1,50	1,55	**1,42**	0,92	0,69	**0,81**	**1,17**	1,02	1,33	1,49	1,11	1,40	1,34	**1,28**	1,31	1,55	1,60	**1,49**
do, Tagesmenge in g.	21,60	25,12	25,19	**23,97**	19,09	14,15	**16.62**	**21,03**	26,01	30,26	30,55	24,98	23,21	19,43	**25,74**	30,13	32,55	30,40	**31,03**
Harnstoff, ‰	—	23,82	30,06	**26,94**	20,54	22,75	**21.65**	**24,29**	15,86	20,28	22,39	18,05	22,92	27,85	**21,23**	17,37	20,90	32,07	**23,42**
do, Tagesmenge in g.	—	39,78	48,85	**44,32**	39,61	46,64	**43,13**	**43,78**	40,44	46,14	45,90	40,61	40,68	40,38	**42,36**	39,95	43,49	60,93	**48,12**
Harnsäure, ‰	0,51	0,54	0,69	**0,58**	0,42	0,27	**0,35**	**0,49**	0,29	0,43	0,46	0,45	0,44	0,52	**0,43**	0,36	0,51	0,56	**0,48**
do, Tagesmenge in g.	0,92	0,91	1,12	**0,98**	0,87	0,55	**0,71**	**0,87**	0,74	0,98	0,94	1,01	0,78	0,75	**0,87**	0,83	1,07	1,06	**0,99**
Novozon in g.	—	—	—	—	—	—	—		3×1,5	3×1,75	3×2	3×2,25	3×2,5	2×3	**6**	—	—	—	—
Diät.	Gew. gemischte Kost				Probekost				Probekost							Probekost		Gew. gem.	

Tabelle II.

	31. III.	1. IV.	2	Im Mittel	3.IV.	4	5	6	Im Mittel	Mittel der Vorperiode	7. IV.	8	9	10	11	12	Mittel der Nachperiode	13 IV.	14	Im Mittel	15.IV.	16	Im Mittel	Mitteld Nachperiode
Tagesmenge in ccm.	1800	1630	1825	**1752**	1700	1600	1975	1650	**1781**	**1740**	1975	2000	2075	1650	1900	1700	**1883**	1000	1300	**1150**	1400	2050	**1725**	**1438**
Spec. Gewicht	1,017	1,017	1,015	**1,016**	1,013	1,015	1,011	1,012	**1,018**	**1,014**	1,011	1,014	1,012	1,017	1,012	1.018	**1,014**	1,020	1,020	**1,020**	1,015	1,012	**1,014**	**1,017**
Reaktion.	a	a	a	**a**	n	a	a	s	n	**a**	s	n	s	n	s	n	s	n	a	**a**	a	s	n	n
Chloride, %	0,55	0,47	0,95	**0,66**	0,98	0,92	0,78	1,21	**0,97**	**0,84**	0,83	0,94	1,11	1,12	0,81	1,08	**0,98**	0,81	1,12	**0,97**	1,01	—	—	**0,98**
do, Tagesmenge in g.	9,90	7,66	17,34	**11,63**	16,66	16,72	15,41	19,97	**17,19**	**14,81**	16,39	18,80	23,03	18,48	15,39	18,36	**18,41**	8,10	14,56	**11,33**	14,11	—	—	**12,27**
Harnstoff, ‰	15,31	22,89	18,10	**18.77**	26,10	19,06	13,79	12,11	**17,77**	**18,19**	12,88	13,66	17,09	19,98	15,89	17,72	**16,20**	27,19	26,07	**26,63**	19,51	—	—	**24,27**
do, Tagesmenge in g.	27,56	37,31	33,03	**32,67**	44,37	30,50	27,42	19,98	**30,57**	**31,47**	25,44	27,32	35,46	32,97	30,19	30,12	**30,25**	27,19	33,89	**30,54**	27,36	—	—	**29,88**
Harnsäure, ‰	0,60	0,69	0,47	**0,59**	0,48	0,43	0,43	0,48	**0,46**	**0,51**	0,42	0,36	0,43	0,30	0,51	0,47	**0,42**	0,65	0,69	**0,67**	0,51	0,67	**0,59**	**0,63**
do, Tagesmenge in g.	1,08	1,13	0,86	**1,02**	0,82	0,69	0,85	0,79	**0,79**	**0,89**	0,83	0,72	0,89	0,50	0,97	0,80	**0,79**	0,65	0,90	**0,78**	0,71	1,37	**1,04**	**0,91**
Therapie.	3×tgl. T-rae convall. maj. u. T-rae valerian aa 10 gtt. Tgl. 3 g acid. citric. als Limonade.						5 g. acid. citric. als Limonade	4 g.			3×1,5 g N	3×1,75 g N	3×2 g N	3×2,25 g N	3×2,5 g N	3×3 g N	**6,5 g N**					3 g acid. citric. als Limonade		
Diät.	Gewöhnliche gemischte Kost				Probekost						Probekost							Probekost			Gew. gem. Kost			

Tabelle III.

	30. V.	31	1. VI.	2	Mittel der Vorperiode	3. VI.	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Mittel der Nachperiode	17. VI.	18	19	20	Mittel der Nachperiode
Tagesmenge in ccm	1700	1500	1150	1475	**1456**	900	950	1300	1800	1300	1300	950	1400	1350	1550	1650	1600	1350	2000	**1386**	1650	1900	1850	1800	**1800**
Spec. Gewicht	1,013	1,015	1,014	1,012	**1,014**	1,017	1,016	1,014	1,010	1,013	1,013	1,018	1,013	1,018	1,012	1,011	1,011	1,014	1,010	**1,014**	1,014	1,013	1,012	1,010	**1,012**
Chloride. %	0,89	0,94	1,12	0,79	**0,94**	0,71	0,95	1,02	0,80	0,98	0,71	1,21	1,01	1,27	1,06	1,08	0,83	1,01	0,62	**0,95**	0,85	0,88	0,97	0,92	**0,91**
do, Tagesmenge in g	15,13	14,10	12,88	11,65	**13,44**	9,36	9,03	13,26	14,40	12,74	9,23	11,50	14,14	17,15	16,43	17,82	13,28	13,64	12,40	**12,96**	14,03	16,72	18,15	16,56	**16,37**
Harnstoff, ‰	7,36	7,38	16,14	10,57	**10,36**		14,42	12,59	10,52	11,22	10,91	9,03	11,72	8,92	8,15	7,94	8,04	9,10	8,51	**10,08**	8,67	13,03	12,13	11,43	**11,32**
do, Tagesmenge in g	12,51	11,08	18,56	15,59	**14,44**	—	13,70	16,37	18,94	14,59	14,18	8,58	16,27	12,08	12,63	13,10	12,86	13,29	17,0[illegible]	**14,12**	14,31	24,76	22,44	20,57	**20,52**
Harnsäure, ‰	0,628	0,494	0,477	0,412	**0,502**	0,722	0,588	0,509	0,354	0,520	0,509	0,560	0,397	0,578	0,357	0,300	0,320	0,426	0,278	**0,458**	0,455	0,253	0,311	0,285	**0,326**
do, Tagesmenge in g	1,068	0,741	0,549	0,608	**0,742**	0,650	0,559	0,662	0,637	0,676	0,662	0,532	0,556	0,780	0,553	0,495	0,512	0,575	0,556	**0,600**	0,751	0,481	0,575	0,513	**0,580**
N. in g.						1×0,75	3×0,75	3×1	3×1,25	3×1,5	3×1,75	3×2	3×2,25	3×2,5	3×2,75	3×3	3×3,25	2×3,5 1×3,75	3×4	**6,39**					

Tabelle IV.

	8. V.	9	10	Mittel der Vorperiode	11. V.	12	13	14	15	16	17	Mittel der Nachperiode
Tagesmenge in ccm.	1450	750	1075	**1092**	1375	1650	1750	1525	1650	1775	1800	**1646**
Spec. Gewicht	1,013	1,016	1,015	**1,015**	1,011	1,011	1,011	1,011	1,012	1,013	1,014	**1,012**
Reaktion	a	s	s	**s**	s	s	a	a	a	n	n	**n**
Chloride. %	0,79	0,81	0,63	**0,74**	0,65	0,77	0,93	0,68	0,73	0,70	0,63	**0,73**
do, Tagesmenge in g.	11,46	6,08	6,77	**8,10**	8,94	12,71	17,21	10,37	12,65	12,43	11,34	**12,24**
Harnstoff, ‰	13,79	14,13	12,92	**13,61**	13,13	13,56	11,78	12,23	12,71	12,43	10,66	**12,36**
do, Tagesmenge in g.	20,00	10,60	13,82	**14,81**	18,05	22,37	20,62	18,65	20,97	22,06	19,19	**20,27**
Harnsäure, ‰	0,19	0,24	0,53	**0,32**	0,33	0,35	0,28	0,39	0,40	0,49	0,36	**0,37**
do, Tagesmenge in g.	0,28	0,18	0,57	**0,34**	0,45	0,58	0,49	0,60	0,66	0,87	0,65	**0,61**
N. in g.					3×0,75	3×1,25	3×1.75	3×2,25	3×2,75	3×3,25	3×3,5	**6,64**

Literatur.

1. Winterberg. Wiener med. Blätter, 1903 N° 43 (cit. nach Köcher).
2. Möller. Ueber die Wirkungsweise des Sauerstoffheilverfahrens. 2. Aufl. Dresden 1904.
3. Inda. Asthma, eine Kohlensäurevergiftung. Berlin, 1906 (cit. nach Köcher).
4. Köcher. Ueber N.-Sauerstoffpräparate, ihre Anwendung und Wirkung. St. Pbg. med. W. 1907. S. 151.
5. Köcher. Experimentelle Nachweise über die Wirkung des Novozons. St. Pbg. med. W. 1907. S. 365.

Referate.

L. Jacob: Ueber die Bedeutung der Karellkur bei der Beseitigung schwerer Kreislaufstörungen und der Behandlung der Fettsucht. (Münchener med. W. Nr. 16 u. 17.)

Diese, vom russischen Leibarzt Th. Karell bereits vor 4 Jahrzehnten empfohlene und wenig bekannte Kur, lernte Verfasser im Eppendorfer Krankenhaus bei Lenhartz kennen und berichtet über die günstigen Erfahrungen speciell bei Kreislaufstörungen. Schon wegen ihrer Einfachheit und schnellen Wirkung ist diese Kur beachtenswert.

Der Kranke erhält viermal täglich je 200 ccm. abgekochter oder roher Milch im Verlauf der ersten 5—7 Tage. In den darauf folgenden 2—6 Tagen fügt man zunächst 1 Ei und 1 Zwieback, dann 2 Eier und etwas Weissbrot hinzu, so dass allmählich, etwa 12 Tage nach Beginn der Kur, der Uebergang zu voller, gemischter Kost erfolgt, doch die Milch möglichst beibehalten wird und jedenfalls in den folgenden 2—4 Wochen die Gesamtmenge der Flüssigkeit nicht 800 ccm. übersteigt. Wichtig ist es, während der ganzen Kur für regelmässigen Stuhl, wenn nötig durch Abführmittel, zu sorgen.

Die Kranken gewöhnen sich oft überraschend schnell daran, mit den kleinen Flüssigkeitsmengen auszukommen.

Die Wirkung tritt allmählich ein; die Diurese steigt in den ersten Tagen langsam an und erreicht ihren Höhepunkt am 3. bis 5. Tage. Meistens beträgt die Harnmenge durch mehrere Tage das Doppelte bis Dreifache der zugefügten Flüssigkeit, nicht selten bis zu 5 Liter, so dass unter Schwinden der Oedeme in wenigen Tagen ganz ausserordentlich grosse Gewichtsabnahmen erfolgen (26—32 Pfd. in 6 Tagen).

Die in der beschriebenen Form durchgeführte Karellkur ist eine Entlastungs- und Schonungskur für das Herz. Sie ist bei chronischer oder acuter Herzschwäche angezeigt und bietet die besten Aussichten auf Erfolg, wenn neben der Cyanose und Dyspnoe Haut- und Höhlenhydrops vorhanden ist. Vorbedingung für den Erfolg der Kur ist, dass eine genügende Höhe der Pulswelle vorhanden ist, so dass man noch eine gewisse Anpassungskraft des Herzmuskels annehmen kann. Auch muss das Nierenparenchym noch einigermassen leistungsfähig sein, um Wasser und Salze ausführen zu können.

Nicht selten wurde erst nach einer Karellkur der Digitalis wieder ein Einfluss auf den Herzmuskel ermöglicht, der vordem nicht zu erreichen war, seltener ist der Fall, dass erst nach Vorbehandlung mit Digitalis die Karellkur zur Wirkung gelangt. Schliesslich weist Verfasser noch besonders auf die Erfolge hin, die man mit der Kur bei Einleitung einer Entfettungskur erzielen kann, wie Lenhartz zuerst zeigte. Man beseitigt durch sie rasch die überreichliche Flüssigkeitsansammlung im Körper, erzielt dadurch in kurzer Zeit grosse Gewichtsabnahme und schafft günstige Bedingungen für die Fortführung einer weiteren, zweckmässigen Entfettungskur.

Weyert.

Hugh Lett. Henochs Purpura und Intussusception (The British Journal of Children's Diseases. № 8. 1908.)

Verf. berichtet einen Fall bei einem 3-jährigen Knaben, der tötlich durch allgemeine septische Peritonitis verlief, trotzdem dass per Laparotomiam die Intussusception reduciert worden. Bei Besprechung dieser von Henoch 1874 als besonderes Krankheitsbild beschriebenen Form, über welche auch in unserer Wochenschrift 1903 (Nr. 41) von Vierhuff eine Mitteilung veröffentlicht ist, weist Verf. namentlich auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose bezüglich der Fälle hin, wo sich im Verlauf der Purpura eine Darmeinstülpung bildet. Während die Intussusception im Allgemeinen vorherrschend (72%) bei Kindern unter 1 Jahr vorkommt, tritt die Henochsche Krankheit gewöhnlich im Alter von 7—12 Jahren auf. Da zuweilen bei Purpura Mesenterialblutungen, Darmstülpungen vortäuschen können, rät Verf. nur dann zur Operation zu schreiten, wenn man mit Sicherheit die Einstülpung constatieren kann.

P.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. Adam Politzer: Lehrbuch der Ohrenheilkunde für praktische Aerzte und Studierende. Fünfte gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 337 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1908.

Die 5. Auflage des allgemein bekannten Politzerschen Lehrbuches zeigt eine wesentliche Erweiterung aller Capitel, entsprechend den Fortschritten der Ohrenheilkunde in den 7 Jahren seit Erscheinen der letzten Auflage. In diesen 7 Jahren sind zwar mehrere, zum Teil sehr wertvolle Lehrbücher der Ohrenheilkunde erschienen, trotzdem bewahrt auch heute Politzers Werk seinen Platz als führendes, internationales otologisches Textbuch. Für Anfänger wären vielleicht kleinere Compendien zweckmässiger, in denen sie sich leichter orientieren können, für allgemein practische Aerzte aber, welche sich ernsthaft mit der Diagnose und Therapie der Ohrenkrankheiten genau bekannt machen wollen, und besonders für diejenigen, die sich specialistisch ausbilden wollen, ist Politzers Werk unersetzlich.

Auf eine detaillierte Besprechung des Werkes müssen wir hier leider verzichten; es hiesse denn, die ganze wissenschaftliche und praktische Ohrenheilkunde Revüe passieren lassen, um zu zeigen, wie viel darin vom Verf. geschaffen wurde. Wir erlauben uns deshalb, nur einige allgemeine Bemerkungen über dasselbe zu machen. Politzers Lehrbuch ist so vollständig und gewissenhaft durchgeführt, dass keine Frage darin unberührt bleibt. Ueberall ist das Bestreben zu erkennen, den Gegenstand vollkommen und erschöpfend darzustellen und jede, wenn auch noch strittige Frage auf Grund der ausserordentlich reichen eigenen Erfahrung kritisch zu beleuchten. Es ist eine wahre Fundgrube ausserordentlichen Wissens und Könnens, aus der auch der erfahrenste Otologe noch vieles schöpfen kann. Das Werk umfasst ca. 700 Seiten, und auf jeder derselben spricht jede Zeile von der grossen Erfahrung des sein ganzes Leben wisssenschaftlich und practisch gleich eifrig arbeitenden, weltberühmten Altmeisters der Otologie.

A. Sacher.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 22. Januar 1908.

Vorsitzender Blessig, Secretär Fuhrmann.

Westphalen hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die diffuse idiopathische Dilatation des Oesophagus. (Erscheint im Druck).

Bary. Da bei der in Rede stehenden Krankheit der Tod durch Inanition herbeigeführt wird, so wäre es doch denkbar, eine Ernährung mittels Schlundsonde durch längere Zeit durchzuführen. Bary fragt, ob solches geübt wird.

Heuking. Die von Westphalen ausgesprochene Meinung, der Grund für das Leiden sei in der embryonalen Entwicklung zu suchen, ist interessant, auch könnten ja Analogien z. B. mit der Hirschsprungschen Krankheit angeführt werden, doch sei es auffallend, dass die Krankheit nicht früher auftrete und im Kindesalter kaum beobachtet sei. Wenn Vortragendem solche Fälle bekannt wären, so wäre das allerdings ein guter Beleg für eine Entwicklung im embryonalen Leben.

Westphalen. Eine Sondenernährung ist natürlich möglich aber mit grossen Schwierigkeiten verbunden und oft unsicher, da man nicht weiss, ob die Sonde in den Magen oder in das Divertikel gelangt ist.

Fälle der Krankheit, die sich auf das Kindesalter beziehen, sind Westphalen nicht bekannt, doch kommen auch verschiedene andere im embryonalen Zustand erworbene Anomalien dazwischen erst im späteren Alter zur Geltung, z. B. die Cystenniere, die sich erst bei eintretender Insufficienz des gesunden Organs manifestiert.

Sitzung vom 5. Februar 1908.

Vorsitzender Blessig, Secretär Fuhrmann.

1. Hecker hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die diagnostische Bedeutung der cutanen Tuberculinimpfung nach Pirquet im Kindesalter». (Erscheint im Druck).

2. Schmidt. «Zur Statistik und Diagnostik der cutanen Tuberculinprobe nach v. Pirquet auf Grund von 1000 Beobachtungen». (Erscheint im Druck).

Die Discussion findet für beide Vorträge gemeinsam statt.

Lunin äussert sich auch gegen die Ophthalmoreaction, da sie bei grosser Gefahr schwere Conjunctivitis herbeizuführen nicht mehr leistet als die cutane Reaction. Aus der cutanen Reaction lassen sich auch prognostische Schlüsse ziehen, indem in sehr schweren Fällen von Tuberculose, die dem Ende nahe sind, die Reaction ausbleibt. Auch eine sehr rasch auftretende und ebenso rasch verschwindende Reaction hält Lunin für prognostisch ungünstig, es komme vor, dass man die Reaction übersieht wenn man nach Ablauf von 24 Stunden den Pat. wiedersieht, indem der ganze Process schon abgelaufen sein kann.

Nissen. Die von Schmidt angeführten Zahlen zeigen einen ungeheuren Procentsatz von Tuberculosen, der ausserdem bis zum 16. Lebensjahr immer im Steigen begriffen ist. Wenn das so weiterginge, so müsste man für die Erwachsenen volle 100 pCt. Tuberkulöse erwarten. Der Wert der Reaction werde durch diese Häufigkeit bedeutend herabgesetzt.

Feldt hält den practisch diagnostischen Wert der Reaction für gering, da sie bei notorischer Tuberculose nichts sagt und in zweifelhaften Fällen durch ihre bedeutende Häufigkeit nicht immer ausschlaggebend zu sein braucht.

Fuhrmann schliesst sich Feldt an und wendet von diesem Gesichtspunkt aus die Pirquetsche Probe in der Privatpraxis nicht an, da sie ohne ausschlaggebend zu sein oder die Behandlung wesentlich beeinflussen zu können die Eltern unnützerweise in begreifliche Aufregung versetzt.

Masing weist Fuhrmanns Bedenken zurück. In allen Fällen müsse mit allen zu Gebote stehenden Mitteln nach Wahrheit gestrebt werden, es sei also die Pirquetsche Probe als neues Hilfsmoment in der Diagnostik der Tuberculose zu begrüssen. In den Fällen positiver Reaction, die zur Section gelangen, müsste ausser dem makroskopischen Befund, wenn solcher negativ, stets auch der mikroskopische Befund erhoben werden.

Petersen. Schmidts Zahlen stimmen ausgezeichnet mit den in Deutschland, besonders in Berlin, gefundenen überein. Petersen schlägt vor, die sämtlichen Fälle nach der Intensität der Reaction in 3 Gruppen zu teilen, in solche mit schwacher, deutlicher und überstarker Reaction. Interessant und wichtig wäre es, die Pirquetsche Probe in grosser Ausdehnung in Asylen und Anstalten an einem grossen Material von gesundgeltenden Personen vorzunehmen. Leider sind wir im Augenblick nicht im Stande, aus der Reaction zu schliessen, ob es sich um frische oder abgelaufene Tuberculose handelt.

Wannach warnt vor der Ophthalmoreaction, die er an 7 Kranken gesehen hat. Von diesen Fällen war in einem eine Conjunctivitis, in einem anderen Conjunct. mit Phlyctäne entstanden; in einem 3-ten, wo es sich um einen Controllversuch handelte, entstand bei einem 40-jährigen Manne mit einer Hernie eine sehr heftige und langdauernde Conjunctivitis, nachher wurden unter dem Barte Narben aufgefunden, die auf alte Lymphadenitis wiesen.

Blessig. Auch in der ophthalmologischen Literatur mehren sich ungünstige Urteile über die Reaction. Schon vorhandene Processe tuberculöser Natur werden durch sie verschlimmert *).

Hecker. Ein positiver Ausfall der Reaction bedeutet noch nicht das Schlimmste, das muss den Angehörigen eventuell vorgehalten werden. Andererseits giebt die Probe wichtige Fingerzeige in jenen häufigen Fällen, wo die Kinder nach überstandenen Masern oder Keuchhusten noch fiebern und sich nicht erholen. Auch in Asylen würde ein positiver Ausfall der Probe an sich noch nicht den Grund zur Isolierung abgeben. Schmidts Statistik leidet darunter, dass nicht eine Einteilung in klin. sicher Tuberculöse und nicht Tuberculöse durchgeführt ist. Bei der Ophthalmoloreaction hat auch Hecker eitrige Conjunctivitis gesehen. Bei Cachectischen tritt häufig eine sehr rasch vergehende Reaction auf.

Schmidt hat Gesunde und Kranke untersucht, die Zahlen aber noch nicht berechnet. Gegen die Ausführungen von Feldt und Nissen sei anzuführen, dass ein positiver Ausfall mit Sicherheit auf einen tuberculösen Herd hinweist. Es sei denn, dass es sich um cachectische Individuen, Miliartuberculose oder andere weit vorgeschrittene Tuberculosen handelt. In diesem Sinne sei die Reaction auch prognostisch von grosser Bedeutung, da bei rasch fortschreitenden tub. Erkrankungen die Reaction fast immer nur schwach oder gar nicht auftritt.

*) cfr. Brons: «Ueber Ophthalmoreaction». (Klin. Monatsblatt für Augenheilkunde. Januarheft). Beobachtungen aus der Freiburger Augenklinik (Prof. Axenfeld). Daselbst auch die einschlägige ophthalmolog. Literatur.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 19. Decemb. 1907—1. Jan. 1908.

Anwesend 43 Mitglieder, als Gäste Dr. Dr. Walter, Brutzer (Königsberg), Biehler, Sarfels, Mende, Kiwull, Dippner, Brennsohn.

Eingelaufene Schriften von Dr. P. Erdmann.

a) Къ вопросу о зараженіи организма бугорчаткою черезъ кишечникъ; b) Къ ученію о строеніи первичныхъ опухолей мозга и его оболочекъ.

Dr. von Bergmann stellt einen Pat. vor, der vom Tram zwischen Motor und Anhängewagen gequetscht ist, er hat nur eine Gelenklockerung des acromioclavicularen Gelenkes davongetragen als äussere Verletzung des recht schweren Unfalles. Es bildeten sich aber massenhafte Blutaustritte unter der Gesichtshaut und Blutungen im rechten Auge.

Dr. von Krüdener. Solche Hautblutungen entstehen durch Zunahme des intrathoracalen Druckes. Besonders oft beobachten wir dieses Symptom bei Stickhusten und starker Compression des Abdomen, wie dieses gelegentlich beim Zusammendrängen grosser Menschenmassen im Gedränge, bei Processionen, Unglücksfällen etc. beobachtet wurde. Auge und Schädelhöhle sind durch hydrostatische Momente geschützt, dass wie hier auch eine Retinalblutung vorhanden, gehört zu den grossen Seltenheiten.

Dr. Hampeln erinnert an den Vortrag von Dr. Bertels über den Ictus laryngis, in dessen Verlauf es gleichfalls und aus denselben Gründen zu solchen Hautblutungen kommt.

Punkt II. der Tagesordnug. Dr. P. Klemm hält seinen Vortrag: «Ueber die Bedeutung des Kotsteines bei der Entstehung und dem Verlauf der Appendicitis» (erscheint im Druck).

Dr. Bornhaupt demonstriert 4 Präparate von Wurmfortsätzen und führt aus: drei Wurmfortsätze, die eine Perforation und Kotsteine aufweisen, bestätigen im Grossen und Ganzen das von dem Vortragenden Gesagte.

An allen 3 Präparaten sieht man eine gewisse Verengerung des Lumens im Wurmfortsatze, die central vom Kotstein gelegen ist und den Abfluss des Secretes behindert hat. Es bestehen dabei keine Narben, sondern entzündliche Veränderungen in der Wand der Wurmfortsätze. Ein Präparat zeigt jedoch, dass an der Spitze der Kuppe eines perforierten Wurmfortsatzes ein zweiter Kotstein sich befindet und dass an dieser Stelle eine dem Kotstein entsprechende circumscripte Ulceration der Schleimhaut zu Stande gekommen ist, so dass die Wand der Appendix an dieser Stelle verdünnt erscheint.

Diese Ulceration der Wand ruft wohl den Eindruck hervor, dass der Kotstein eine gewisse Rolle bei ihrer Entstehung gespielt hat, und zwar sind es wohl in erster Linie natürlich die Microorganismen, mit denen der Kotstein behaftet ist. Das vierte Präparat zeigt uns einen Wurmfortsatz, wo der Abfluss des Secrets durch eine Narbenstenose an der Basis behindert war. Ein Kotstein war hier nicht vorhanden, auch ist es zu keiner Perforation gekommen. Es hat sich aber dennoch eine eitrige Peritonitis dadurch ausgebildet, dass die Wand des Wurmfortsatzes unmittelbar über der Narbenstrictur äusserst verdünnt und für die Microorganismen durchgängig geworden ist.

Zur Discussion: Neben den sehr interessanten theoretischen Erörterungen über das Zustandekommen verschiedener Vorgänge im Wurmfortsatz, muss uns, die Gesellschaft praktischer Aerzte, gerade die praktische Seite dieser Frage nicht weniger interessieren. Und auffallend ist es, dass gerade nach der praktischen Seite hin hier bei uns die Frage der Behandlung eines acuten Anfalles noch nicht geklärt ist, obgleich in Deutschland die Appendicitisfrage, für einige Zeit wenigstens, vollständig vom Programme des Chirurgencongresses als genügend besprochen gestrichen worden ist.

Bei uns hat der Chirurg es noch immer mit diffusen Peritonitiden zu tun, die mit Ricinusöl eifrig vorbehandelt worden sind. Andererseits sieht man Patienten, die 14 Tage lang 4 × täglich zu 15 Tropfen Opium erhalten haben. Wenn man auch gegen Opium in den ersten paar Tagen nicht viel einzuwenden hätte, wenn auch die Gefahr vorliegt, dass das klinische Bild dadurch verdunkelt wird, so kann doch vor

Ricinusgaben in den Fällen, wo Eiter vorhanden ist oder vermutet werden kann, nicht genügend gewarnt werden.

Am Material des Rig. Stadtkrankenhauses habe ich in meiner Arbeit (Langenbecks Archiv, Bd. 70. H. 2) die Tatsache feststellen können, dass von 32 Patienten mit einer diffusen Peritonitis nach einer eitrigen Appendicitis 10 also 1/3 mit Ricinusöl vorbehandelt worden waren und stets angaben, dass die stürmischen Erscheinungen nach der Ricinusgabe eintraten.

Leider kommt es heutzutage bei uns noch häufig vor, dass solche Patienten erst mit Ricinus vorbehandelt mit einer diffusen Peritonitis behaftet in die Hände des Chirurgen gelangen, und daher wäre ein Meinungsaustausch in dieser Beziehung in der Gesellschaft praktischer Aerzte von grossem Interesse.

Pkt. III. der Tagesordnung. Dr. Berkholz: «Ueber Appendicitis im ersten Kindesalter (erscheint im Druck).

Er weist zum Schluss auf die prakt. Bedeutung hin, dass auch im frühen Kindesalter auch bei leichten Erscheinungen an die Appendix zu denken sei.

Dr. P. Klemm weist daranf hin, dass die Erkrankung im frühen Kindesalter sehr viel häufiger sei, als angenommen werde. Sonnenberg ist der Ansicht, dass es ein seltenes Vorkommnis sei, leider werde die Erkrankung nur oft verkannt, da man nur angewiesen sei auf die richtige Deutung des objekt. Befundes, da ja eine Anamnese unmöglich sei. Der Befund im B. Falle war sehr interessant, durch zarte Verwachsungen war die Appendix leicht gebogen, die Operation wurde bei leichter Temperatursteigerung gemacht und es fand sich ein klein wenig eitriges Secret, sodass entschieden eine neue Attaque in Aussicht stand.

Dr. Bornhaupt: Zwei Mal habe er Gelegenheit gehabt, Kinder wegen Schmerzen in der Ileocoecalgegend zu operieren, wo man vor der Operation palpatorisch einen negativen Befund bei einer gewissen Druckempfindlichkeit am Mac-Burneyschen Punkt constatieren musste. Bei der Operation fand er im Wurmfortsatz Nester von Oxyuris vermicularis. Diese Parasiten können nach Sprengels Angaben wohl Schmerzen verursachen, indem sie in der Schleimhaut des Wurmfortsatzes einen entzündlichen Process hervorrufen.

Dr. von Bröker meint, in jedem Falle einer Erkrankung im Gebiete des Darmes auch ohne Temperatursteigerung müsse an Appendicitis gedacht werden.

Dr. Berkholz giebt zu, dass auch Fälle ohne Fieber vorkommen mögen, dann schwinde für uns aber auch noch der letzte Anhaltspunkt für die Diagnose, falls nicht die dyspeptischen Attaquen sich häufiger ohne Ursache wiederholen. Fiebersteigerungen und Schmerzhaftigkeit, über die genaue Beobachtungen vorliegen müssen, seien sichere Anhaltspunkte und Symptome der Erkrankung an Appendicitis bei Kindern.

Dr. Woloschinsky: Der Fall von Dr Berkholz, einer Appendicitis bei einem 1¼-jährigen Kinde muss zu den Seltenheiten gerechnet werden, weil bei Kindern unter 2 Jahren die Appendicitis sehr selten auftritt. Es liegt nicht daran, dass der Arzt sie in der Praxis oft übersieht, weil so kleine Kinder keine Schmerzangaben machen können. Denn, wenn dem so wäre, so müsste in diesem Alter als Folge der nicht erkannten Appendicitis sehr häufig Peritonitis auftreten, — was aber tatsächlich nicht der Fall ist. Die häufigen Intestinalerkrankungen der Säulinge beruhen wohl kaum auf Appendicitis, sondern in der Tat auf Störungen infolge schlechter Qualität und Quantität der Nahrung und auf Infection, aber in einzelnen Fällen ist eine Intoxication anzunehmen, trotzdem diese heute von vielen Autoren bestritten wird. — Bei Kindern über 2 Jahren und älteren Kindern kann bei Fehlen von Fieber und lokalisierten Schmerzen die Diagnose einer Appendicitis schwierig werden, weil Kinder in diesem Alter bei scheinbar gesunden Verdauungsorganen oft über vage Leibschmerzen klagen, deren Ursache man nicht immer feststellen kann. In erster Linie wäre hier an Parasiten zu denken und bei Ausschluss derselben an nicht diagnosticierbare Störungen von seiten des Darmcanals oder anderer Abdominalorgane. Ich erinnere mich einer Reihe von Kindern, die unter meiner Aufsicht gross geworden sind, jahrelang bei scheinbar gesunden Verdauungsorganen dazwischen über solche Schmerzen geklagt hatten, und die jetzt ganz gesund sind. In manchen dieser Fälle hatte ich larvierte Appendicitis im Verdacht, was sich aber bei meinen Fällen nicht bestätigt hat.

Dr. Berkholz warnt dringend vor einer Zustimmung mit den Ausführungen Dr. W., auch Dr. Klemm verhält sich zu ihnen ablehnend, von ihm seien 218 Fälle operiert worden, ein grosser Teil sei an Peritonitis ex appendicitide zu Grunde gegangen, die Appendicitis verläuft im Kindesalter ungleich schwerer als in späteren Jahren; die Diagnose der Intoxication resp. Verdauungsstörung bei häufigem Schmerz und Fieber bezeichnet er als vagen, unsicheren Notbeheif.

Dr. Woloschinsky: er habe, als er von der grossen Seltenheit der Appendicitis sprach, strikt erwähnt, dass dieses nur Kinder unter 2 Jahren beträfe, dass ältere Kinder oft an Appendicitis erkrankten, sei ihm wohl bekannt.

Was den Fall betrifft, den Dr. Berkholz und er zusammen behandelten, so betraf der ein Kind von 5—6 Jahren und es handelte sich da um eine allgemein Sepsis und septische Peritonitis als Complication einer Streptococcen-Angina. Ich erlaube mir kurz die Krankengeschichte des zu letzt erwähnten Falles zu referieren. Kind 5—6 Jahre alt, erkrankt acut an Streptococcen-Angina. Am 3-ten Krankheitstag gutes Allgemeinbefinden, fast fieberfrei. Morgens am 4-ten Krankheitstag Schüttelfrost, hohes Fieber und starke acute Schwellung von ca. 2 Halsdrüsen beiderseits. Abends fast fieberfrei, gutes Allgemeinbefinden. Am 5 ten Kranheitstag Schüttelfrost, hohes Fieber, Schmerzen im Leibe, mehr rechts ileo-coecal. Am 6-ten Krankheitstag von Dr. Hemboldt operiert. Bei der Operation ist die Appendix, ebenso wie Coecum und anliegende sichtbare Darmschlingen stark injiciert, aus dem Becken quillt unaufhörlich dünner, seröser Eiter; die abgetragene Appendix ist nicht perforiert und weist keine Stricturen auf. Infolgedessen ist dieser Fall als eine septische Streptococcenperitonitis aufzufassen, die als Folge der Angina nach Durchbrechung des Drüsenwalles aufgetreten ist.

(Autoreferat).

Dr. P. Klemm betont, dass eine grosse Reihe allg. Peritonitiden keine auffallenden Erscheinungen an der Appendix zu machen brauchen, und stellt die Auffassung Dr. W. dahin zurecht, dass hier die Angina eine Appendicitis hervorgerufen habe, im Anschluss derer es dann zur Periotonitis gekommen sei.

Eine allgemeine Sepsis nehme wohl einen ganz anderen Verlauf als den eben geschilderten.

D. von Sengbusch,
d. Z. Secretär.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 23. Nov. 1907.

Vorsitzender: Meyer, Schriftführer: Russow.

Herr Walent hält seinen angekündigten Vortrag: «Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege». (Erscheint in extenso).

Die Discussion fand am 14. Decemb. statt.

Russow fragt ob Versuche angestellt worden sind bei lange bestehenden Gallenfisteln die Secretion medicamentös oder durch Diät zu beeinflussen, ähnlich wie es z. B. Wohlgemuth mit vorzüglichem Erfolge durch antidiabetische Kost bei Pankreasfisteln getan hat.

Walent: die Secretion besteht wohl in den seltensten Fällen wirklich aus Galle, meist ist es nur Schleim, der von den Wandungen der kranken Gallenblase abgesondert wird, mit geringen Beimengungen von Galle, sodass eine Beeinflussung durch Diät etc. kaum zu erwarten ist. Wirkliche Gallenabsonderung aus der Fistel, z. B. bei Choledochusverschluss, wird man natürlich nicht hierher rechnen.

Masing: Lässt sich ein sogenannter schwerer acuter Anfall, der die sofortige Operation erfordert, von den leichteren, expectativ zu behandelnden genügend sicher unterscheiden? Bacteriologisch bestehen, soviel ich weiss, keine Unterschiede; beide Formen können durch Bacterien der Coligruppe hervorgerufen werden.

Walent: Sowol die schweren als auch die mittelschweren Fälle von Cholecystitis setzen für gewöhnlich mit stürmischen Allgemeinerscheinungen ein. Im Allgemeinen kann man am ersten Krankheitstage nicht die Entscheidung treffen, ob es sich im gegebenen Falle um schwerere pathologische Veränderungen handelt, nur der weitere Verlauf und genaue Berücksichtigung aller Symptome gestatten uns, über die Schwere des Falles zu urteilen. Am ersten Krankheitstage werden wir wol nur in Ausnahmefällen genötigt sein, operaiiv einzugreifen.

Rotberg fragt, ob Walent dem Fieber eine so grosse Bedeutung beimisst? Nach einer Statistik von Ehret, die aus der Naunynschen Klinik stammt und sich über einen Zeitraum von 5 Jahren erstreckt, besteht auch bei Infectionen der Gallenwege nur in etwa 68 pCt. Fieber, in den übrigen Fällen, einige Male sogar bei Empyem der Gallenblase, fehlte das Fieber, namentlich dann, wenn vorher schon eine oder mehrere fieberhafte Attaquen vorausgegangen waren. Sämtliche bei der Statistik in Betracht gezogenen Fälle waren durch Bioscopie oder Autopsie sichergestellt.

Walent: Das Fieber allein hat keine ausschlaggebende Bedeutung, die Bacterien können ihre Virulenz verloren haben, trotzdem die Veränderungen noch weiter bestehen, wie es z. B. gelegentlich beim chronischen Empyem der Gallenblase beobachtet wird.

Rotberg: Nach Ehret bleibt das Fieber fort, weil sich Abwehrkräfte im Organismus bilden (locale sowohl wie allgemeine), aus diesem Grunde finden sich auch bei fieberlosen Infecten nie Bacterien im Blute, während sie bei fieberhaften, besonders bei ersten Attaquen, in einer Anzahl von Fällen nachzuweisen waren.

Meyer fragt über das Verhältnis der Geschlechter bei den vom Vortragenden beobachteten Fällen von Gallenerkrankungen.

Walent: In der kleinen Reihe meiner Fälle kommen 2 Männer auf 15 Frauen; Kehr giebt das Verhältnis auf 1:5 an.

Masing: Lässt sich ein Einfluss des Corsetts auf Gallenwegerkrankungen nachweisen?

Walent: Frauen aus einfachen Ständen, die kein Corsett tragen, erkranken wohl ebenso häufig an Gallensteinleiden wie die der gebildeten Stände, vielleicht spielen auch andere Behinderungen der freien Atmung und der Blutcirculation im Unterleib hier eine Rolle — z. B. Schwangerschaft.

Meyer: Der Einfluss der Schwangerschaft ist doch fraglich, da sie die Atmung wohl nicht ungünstig beeinflusst, dagegen dürfte ein Schnüren ohne Corsett genau ebenso oft vorkommen wie mit demselben.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Am 19. Oct. fand bei dem Botkin-Hospital die feierliche Grundsteinlegung von 12 neuen Baracken statt, die zur Aufnahme von Cholerakranken im Falle des Wiederausbruchs der Epidemie im Frühjahr dienen sollen. Der Bau soll 93000 Rbl. kosten. Der Feier wohnten der Stadthauptmann, das Stadthaupt, der Medizinalinspector der Residenz und viele Aerzte bei.

— Wie die St. Petersburger Zeitung (Nr. 291) mitteilt, soll die städtische Sanitätskommission in ihrem Bericht an die Stadtduma den Antrag stellen, nach dem Vorbilde Moskaus die Aufsicht über die Prostituierten in Petersburg der Stadtverwaltung zu unterstellen. Zur Ausübung dieser Aufsicht soll ein besonderes Bureau aus Vertretern der Kommunalverwaltung, der Polizei, des Kriegsministeriums und den Oberärzten verschiedener Krankenhäuser gebildet werden. Ob die Sache dadurch besser wird, ist noch eine grosse Frage. Ist doch die Reglementierung der Prostitution an und für sich kein Radicalmittel und die Meinungen über ihre Nützlichkeit und Anwendbarkeit noch sehr geteilt.

— Vom 19. bis zum 20. October erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 10 Personen, genasen 38, starben 4. Vom Beginn der Epidemie sind erkrankt 7840, genesen 4318, gestorben 3202 Personen.

— An Infectionskrankheiten waren in der Woche vom 28. September bis zum 4. October in St. Petersburg 835 Personen erkrankt. Darunter an Typhus abdom. 119, Typh. exanth. 1, Febris recurrens 75, Cholera 327, Pocken 4, Windpocken 8, Masern 46, Scharlach 39, Diphtheritis 72, acut. Magen-Darmkatarrh 114, anderen Infectionskrankheiten 30.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11462 (gegen 11755 der vorigen Woche). Darunter Typhus abdom. 695, Typhus exanth. 4, Febris recurrens 306, Cholera 753, Scharlach 127, Masern 36, Diphtherie 146, Pocken 14, crupöse Pneumonie 108, Tuberculose 342, Influenza 205, Erysipel 55, Keuchhusten 17, Lepra 1, Hautkrankheiten 59, Syphilis 412, venerische Krankheiten 358, acute Erkrankungen 1584, chronische Krankheiten 1495, chirurgische Krankheiten 1191, Geisteskrankheiten 3207, gynäkologische Krankheiten 178, Krankheiten des Wochenbetts 38, andere Krankheiten 31.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg während derselben Woche betrug 869 + 49 Totgeborene + 43 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle (gegen 1232 der vorigen Woche). Darunter Typh. abd. 36, Febr. recur. 1, Cholera 191, Pocken 1, Masern 17, Scharlach 11, Diphtherie 14, Keuchhusten 8, crupöse Pneumonie 25, katarrhalische Pneumonie 60, Erysipel 2, Influenza 3, Pyämie und Septicaemie 12, Puerperalfieber 1, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 21, Dysenterie 1, Magen-Darmkatarrh 30, andere Magen- und Darmerkrankungen 45, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 43, Marasmus senilis 16, andere Todesursachen 244.

— In der Woche vom 5. bis zum 11. October waren in St. Petersburg an Infectionskrankheiten 703 Personen erkrankt. Darunter Typhus abd. 83, Typh. exanth. 6, Febris recur. 91, Cholera 181, Pocken 5, Windpocken 18, Scharlach 63, Masern 58, Diphtherie 106, acut. Magen-Darmkatarrh 63, andere Infektionskrankheiten 26.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11313 (gegen 11462 in der vorigen Woche). Darunter Typhus abd. 692, Typh. exanth. 7, Febris recurr. 357, Cholera 490, Scharlach 153, Masern 37, Diphtherie 150, Pocken 15, Windpocken 2, crupöse Pneumonie 104, Tuberculose 339, Influenza 207, Erysipel 45, Keuchhusten 21, Lepra 1, Hautkrankheiten 65*), Syphilis 456, vener. Krankheiten 412, acute Erkrankungen 1603, chronische Krankheiten 1474, chirurgische Krankheiten 1207, Geisteskrankheiten 3201, gynäkologische Kranheiten 193, Krankheiten des Wochenbetts 52, andere Krankheiten 40.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 772 + 51 Totgeborene + 55 Fälle von der vorigen Woche. Darunter Typh. abd. 29, Typh. exanth. 1, Febris recurr. 3, Cholera 109, Masern 17, Scharlach 9, Diphtherie 19, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 23, katarrhalische Pneumonie 41, Erysipel 3, Influenza 3, Pyaemie u. Septicaemie 12, Tuberculose der Lungen 109, Tuberculose and. Organe 26, Magen-Darmkatarrh 24, andere Magen- und Darmerkrankungen 40, Alcoholismus 3, angeborene Schwäche 30, Marasmus Senilis 16, andere Todesursachen 248.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Vom Beginn der Epidemie Starben
vom 12. bis 18. Oct.					
St. Petersburg mit den Vorstädten	126	71	24. Aug.	7700	3192
vom 10. bis 14. Oct.					
Stadt Kronstadt	6	2	31. Aug.	202	88
vom 11. bis 17. Oct.					
Gouv. St. Petersburg	19	22	27. »	359	155
» Archangelsk	15	13	21. Sept.	114	56
» Livland	1	—	11. »	34	19
» Astrachan	4	3	8. Juli	1722	842
» Saratow	59	30	8. »	1586	892
» Samara	28	14	8. »	1430	661
» Nishnij-Nowgorod	5	2	24. »	755	330
» Kostroma	1	—	2. Aug.	233	117
» Jaroslaw	—	2	6. »	333	165
» Twerj	11	4	10. »	82	40
» Ufa	4	2	28. Juli	55	24
» Pensa	1	1	5. Aug.	10	4
vom 10. bis 16. Oct.					
» Poltawa	1	—	19. »	105	56
» Kiew	17	5	12. »	762	247
» Jekaterinoslaw	50	17	3. »	1041	518
Stadt Nicolajew	1	—	23. »	2	1
Gouv. Taurien	11	9	13. »	94	49
Stadthauptmannschaft Kertsch-Jenikale	4	1	13. »	108	56
Stadthauptmannschaft Rostow a. Don	2	4	19. Juli	1176	535
Gebiet der Don-Kosaken	44	21	22. »	2788	1322
Kuban-Gebiet	144	80	26. Juli	1516	852
Terek-Gebiet	67	41	13. Aug.	316	156
Stadthauptmannschaft Baku	3	—	25. Juli	228	120
Gouv. Jelisawetpol	8	1	30. Aug.	447	264
» Tiflis	5	4	6. »	213	120
Gebiet Akmolinsk	22	4	29. »	139	57
Gouv. Tomsk	73	48	14. Sept.	317	187
Im Ganzen	732	401		23867	11125

Mit Hinzuzählung der Ortschaften, wo die Cholera bereits erloschen ist, ergibt sich die Gesamtzahl der Erkrankten vom Beginn der Epidemie 26433, die der Gestorbenen 12456.

— Aus dem jüngst erschienenen Bericht des Verkehrsministeriums über das Jahr 1906 ist zu ersehen, dass im Laufe des Jahres auf den russischen Eisenbahnen sich 101172 Unglücksfälle ereigneten, während 1905 nur 77334 und 1904 — 74492 Unglücksfälle notiert wurden. Davon waren 91804 leichte Verletzungen, 6588 schwere und 2720 mit tötlichem Ausgang. Die grösste Zahl der leichten und schweren Verletzungen entfällt auf das Dienstpersonal, die grösste Zahl der Todesfälle auf das Publi-

*) Diese Zahl entspricht insofern nicht den tatsächlichen Verhältnissen, als in den wöchentlichen statistischen Berichten der Stadtverwaltung merkwürdigerweise nur die an Hautkrankheiten leidenden Männer angeführt werden, nicht aber die Frauen, deren Zahl jedenfalls nicht geringer ist. Im Kalinkin-Hospital werden nach einer Mitteilung Prof. O. v. Petersens wöchentlich durchschnittlich gegen 70 an Hautkrankheiten leidende Weiber verpflegt. D. R.

rum. Die erhebliche Zunahme der Unglücksfälle wird durch den verstärkten Verkehr erklärt.

— Der Docent des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. L. T. Lewin ist zum Privatdocenten für Laryngo- und Otologie an der hiesigen Weiblichen Medicinischen Hochschule erwählt worden.

— London. Der berühmte Syphilidologe Jonathan Hutchinson beging vor kurzem die Feier seines 80. Geburtstages.

— Anlässlich der Eröffnung der im Neubau des hygienischen Institutes untergebrachten k. k. Institute und Anstalten: Hygienisches Institut und allgemeine Untersuchungsanstalt für Lebensmittel, Institut für allgemeine und experimentelle Pathologie und serotherapeutisches Institut bringt die letzte Nummer der Wiener klinischen Wochenschrift mit einer Ansprache der Prof. A. Schattenfroh und R. Paltauf Abbildungen und Pläne des grossartig angelegten Baues sowie mehrere Abhandlungen aus den genannten Anstalten.

— Gestorben. 1) In Jamburg am 11. October Dr. K. M. Golowkin, geb. 1870, Arzt seit 1897. 2) In Radom S. L. Plushanski, geb. 1843, Arzt seit 1867. 3) In Ziechanowo F. J. Raikowski, geb. 1848, Arzt seit 1871. 4) In Cambridge Dr. Harrington, Adjunctprofessor der Hygiene an der Universität.

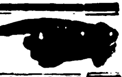
Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 28. Oct. 1908.

Tagesordnung: Kreps: Zur Pathologie und Therapie der Anurie.

Germann: Bericht über den Verlauf und die Organisation des internationalen Tuberkulose-Congresses in Washington.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 17. Nov. 1908.



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)


CALIFIG CALIFIG CALIFIG
Ein ANGENEHMES und WIRKSAMES LAXATIV für ERWACHSENE wie für KINDER.
Zur Herbeiführung der Katharsis ohne die der Mehrzahl der gebräuchlichen Laxiermittel anhaftenden unliebsamen Sequelae entspricht wohl selten ein Mittel dem ärztlichen Bedürfnis mit gleich befriedigendem und schnellerem Erfolg als „CALIFIG" (CALIFORNIA SYRUP OF FIGS) das bekannte Feigensyrup-Präparat der CALIFORNIA FIG SYRUP Co. —
CALIFIG hat sich allgemeine Anerkennung als ein Laxiermittel von erwiesenem therapeutischen Wert errungen. Es giebt kaum ein zweites Präparat, das der Natur mit gleich gutem Erfolg nachhilft, das sich besser zur dauernden Abhilfe träger Darmfunktion eignet. Seine gelinde Einwirkung auf die Darmkanal-Schleimhaut und die nach Verabreichung von CALIFIG erfolgende natürliche Peristaltik verleiht diesem Präparat einen unvergleichlichen Wert als ein Abführmittel und lässt es seines Wohlgeschmackes halber in der Frauen- und Kinderpraxis als besonders geeignet erscheinen. Höchst wertvoll ist es bei solchen, die durch Leiden oder durch ihre Beschäftigung an das Zimmer gefesselt oder zu sitzender Lebensweise gezwungen sind. Es ist einfach, unschädlich und zuverlässig wirkend, und bietet noch den besonderen Vorzug, dass es keinen Laxativ-Habitus im Gefolge hat, und in allen Fällen, in denen ein Laxirmittel indiziert ist, vollkommen Abhilfe ohne jede unliebsame Nebenwirkung gewährt.
Diejenigen Herren Aerzte, welche diesem Präparat bisher noch nicht näher getreten sind, werden ganz ergebenst eingeladen, sich durch praktische Versuche von der Berechtigung unserer Aussagen zu überführen. Proben stehen den Herren Aerzten gerne zur Verfügung.
„CALIFIG" (CALIFORNIA SYRUP OF FIGS) wird nie nach Mass verkauft, sondern nur in Flacons zum Preise von 2 Rbl. 25 Kop. in den Handel gebracht. Der echte californische Feigensyrup trägt, ausser der Bezeichnung „CALIFIG", die Firma: „CALIFORNIA FIG SYRUP Co.", als Garantie der Echtheit auf den Umhüllungen und Etiquetten jeder Flasche.
Zu haben in allen Apotheken.
Gebrauchsanweisung ist jedem Flacon beigefügt.
En-Gros Niederlagen:
für St. Petersburg, bei Herren Stoll & Schmidt,
„ Moskau . . . . . „ Gesellsch. W. K. Ferrein,
„ Odessa . . . . . „ J. Lemme & Co,,
„ Warschau . . . „ Fr. Karpinski.
CALIFORNIA FIG SYRUP Co. LONDON; E. C., 31/32, Snow Hill.
Proben des M. Präparates werden gratis und franko, den Herren Aerzten auf Wunsch versand.
(106) 6—2.
CALIFIG CALIFIG CALIFIG

SANGUINAL KREWEL.

Krewels Sanguinal-Pillen und Liquor Sanguinalis Krewel enthalten das Eisen in den natürlichen Blutsalzen in leicht resorbierbarer gutbekömmlicher und nachhaltig wirkender Form. Sie bilden ein hervorragendes Unterstützungsmittel für den Arzt zur Blutbildung, Stoffwechsel, Anregung des Appetits, Vermehrung des Körpergewichts und Hebung des psychischen Zustands. Specielle Indikationen: leichte und schwere Anaemie, Chlorose, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Oligomenorrhoe, Leukorrhoe, Neurasthenie, Hysterie, Kinderpraxis, Rachitis, Skrophulose, Tuberkulose.

Die äusserst günstigen Erfolge der reinen Sanguinalpillen gaben zu folgenden Combinationen Anlass.

Pil. Sanguin c. Creosot 0,05 u. 0,10
Vermeidung des Kreosotgeschmacks, zuverlässige Dosierung, absolut geruchlos, indiciert bei Chlorose in Verbindung mit gastrischen Störungen, Skrophulose, Tuberkulose, Spitzenkatarrh mit Haemophyse.

Pil. Sang. c. Chinin
bei chlorotischen und neurasthenischen Zuständen, zuverlässiges Tonicum und bestes Roborans in der Reconvalescenz.

Pil. Sang. c. Vanadin
bei Chlorose, beginnender Lungenphthise, Anämie und asthmatischen Beschwerden.

Pil. Sang. c. Guajacol. carbonic. 0,05 und 0,10
sind hervorragend geeignet in der Kinderpraxis, bei Patienten mit phthisischen Habitus, die zu blassem Aussehen, Mattigkeit, Drüsenschwellungen, Ekzemen, Appetitlosigkeit neigen, Skrophulose und Phthise.

Pil. Sang. c. lecithin
tonisierende Wirkung bei Erschöpfungszuständen zur Stickstoffretention, Phosphorsäure-Ansatz, Verminderung der Schwefelsäureausscheidung im Harn etc.

Pil. Sang. c. Natr. cynamyl.
indiciert bei skrophulosen und tuberkulosen Processen.

Pil. Sang. c. Extr. Rhei
indiciert in allen Fällen von Chlorosen und Blutarmut, die mit Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane einhergehen.

Pil. Sang. c. Acid. Arsenicosum
bei anämisch, neurasthenischen Zuständen, gynäkologisch auch in Verbindung mit Beschwerden klimakterischen Ursprungs, ferner während oder im Anschluss an Bromkuren bei Skrophulose mit Lungenspitzenkatarrh, Bronchial asthma, Emphysem, gegen Ekzema, Chronicum pruriginosum, Akne. Pil. Sang. c. arsen. beeinflussen den Eiweissumsatz, üben einen regenerativen Einfluss auf das Blut aus, befördern die Reconvalescenz nach Scharlach, Masern, Diphterie und Influenza.

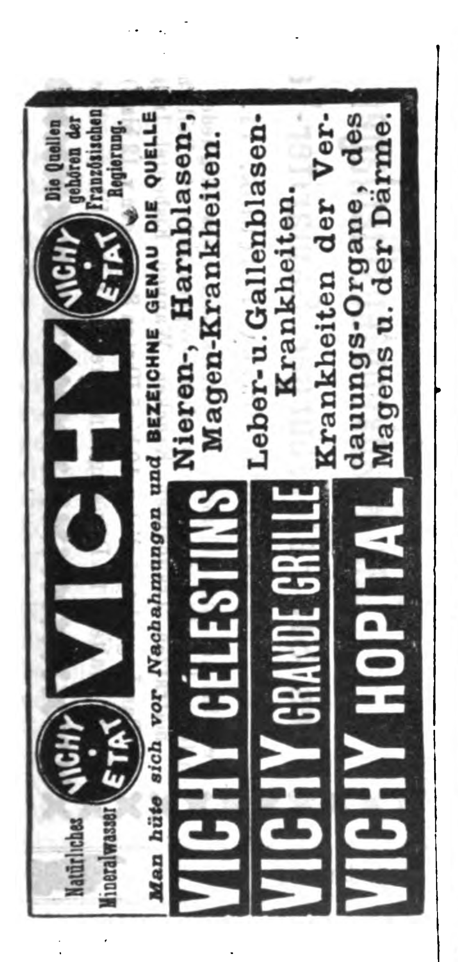
Pil. Sang. c. Ichthyol
gegen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, erleichtert die Verwertung der vortrefflichen, desinficierenden und antibakteriellen Eigenschaften des Ichthyol's.

Pil. Sang. c. Jod.
indiciert bei Drüsen oder Gelenktuberkulose, Anämie auf dyskratischer Grundlage und im sekundären Stadium der Syphilis.

Ausführliche Literatur und Versuchungsmengen gratis und franco zu Diensten.

Generaldepot für Russland (119) 13—3.

Kontor chemischer Präparate, St. Ptb., Newsky Pr., 28, Haus Singer.





Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate sind ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 44 St. Petersburg, den 1. (14.) November. 1908.

Hyperemesis gravidarum*).

Von

Dr. med. L. v. Lingen.

Die Hyperemesis gravidarum, oder auch Vomitus gravidarum perniciosus genannt, ist Gegenstand einer grossen Anzahl von Arbeiten gewesen, besonders in den letzten Jahren. Viele Forscher haben in das Dunkle des Wesens dieser Krankheit einzudringen versucht und neue Gesichtspunkte zur Förderung des Verständnisses derselben gebracht.

Nichtsdestoweniger ist die Frucht jahrelanger umfassender Forschung in aller Herren Länder keine solche, dass man sagen kann, das Problem wäre als gelöst anzusehen, es sind vielmehr eine Reihe von Theorien aufgestellt, die entsprechend der Entwickelung der medicinischen Forschung mit Berücksichtigung moderner Gesichtspunkte dem eigentlichen Wesen immer näher zu kommen scheinen, ohne jedoch den Kernpunkt desselben erfasst zu haben.

Nachfolgende Zeilen können demnach nicht etwas Neues, unumstösslich Festes bringen, es soll vielmehr über den jetzigen Stand der Frage der Hyperemesis berichtet werden, was die wissenschaftliche Forschung der letzten Jahre zu Tage gefördert und welche neue Gesichtspunkte am Horizont der Wissenschaft aufgetreten sind. Ich habe im Laufe der Jahre eine grosse Anzahl von Fällen schwerster Form, auch mit tödtlichem Ausgang, im Peter-Paul-Hospital und in der Privatpraxis zu beobachten Gelegenheit gehabt und die Fälle mit grossem Interesse verfolgt.

*) Nach einem im Verein St. Petersburger Aerzte am 16. Sept. 1908 gehaltenen Vortrag.

Gleichzeitig mit der Einbettung des befruchteten Eies in der Uterusmucosa vollzieht sich im weiblichen Organismus ein Process, der nicht ohne Einfluss auf das Allgemeinbefinden eines grossen Teiles der Graviden, namentlich sensibler Frauen ist. Dazu gehört in erster Linie die Uebelkeit und leichtes Erbrechen, welches, wie bekannt, einige Wochen anhält, selten länger, um dann spurlos zu vergehen, ohne dem Organismus irgend welchen erheblichen Schaden hinzugefügt zu haben. Dieses initiale Erbrechen ist von dem perniciösen grundverschieden: es vergeht, wie gesagt, spurlos ohne Einwirkung auf das Allgemeinbefinden, das perniciöse Erbrechen dagegen übt auf den Ernährungszustand der Schwangeren einen bedenklichen Einfluss aus, involviert eine Reihe ernster Gefahren, erschüttert aufs Heftigste die Gesundheit des mütterlichen Organismus, den es an den Rand des Grabes bringen kann, wobei auch der letale Ausgang nicht ausgeschlossen ist.

Die Hyperemesis befällt meist Erstgebärende, doch sind Mehrgebärende durchaus nicht davon ausgeschlossen, wofür ich eine Reihe von Beispielen habe.

Auf die Frage, weshalb die eine Frau die Schwangerschaft unbehelligt durchmacht, die andere dagegen eine schwere Schädigung ihrer Gesundheit erfährt, können wir keine befriedigende Antwort geben. Es ist wohl anzunehmen, dass hier mehrere Factoren mitspielen, dass bald der eine, bald der andere Factor zur Erklärung herangezogen werden muss oder mehrere combiniert mitspielen, wie wir später sehen werden.

Ein Blick auf die umfangreiche Literatur zeigt, dass es an mannigfachen Erklärungsversuchen und Hypothesen nicht gefehlt hat und nicht fehlt, eine Hypothese löste die andere ab. Mit Uebergehung der Theorien

aus älterer Zeit, auf die ich, um die Grenzen des heutigen Vortrages nicht zu überschreiten, nicht eingehen will, kommen am meisten in Betracht die Hyperemesis auf reflectorischer Basis, auf hysterischer Grundlage und auf dem Boden der Autointoxication, oder um mich anders auszudrücken: die reflectorische, neurotische und toxaemische Gruppe.

Was die Reflextheorie betrifft, so nehmen die Anhänger derselben an, dass das Wachstum des graviden Uterus, eine Lageveränderung, Erosionen an der Portio vaginalis oder irgend ein in der Genitalsphäre gelegener entzündlicher Reizherd durch Vermittelung der Anastomosen zwischen dem N. vagus und N. sympathicus die Magennerven irritiere. Eulenberg [1]) bezeichnet das Krankheitsbild als eine Neurose des Magens, als abnorme Innervation der Magennerven, und Oehlschläger [2]) sieht die Ursache des unstillbaren Erbrechens in einer continuierlichen Saftsecretion des Magens. Auch Olshausen [3]) spricht sich für die Reflexneurose aus.

Mit dieser Erklärung kommt man, wie mir scheint, nicht zum Ziel, und ich gebe Eulenburg [5]) Recht, wenn er sagt: „die Annahme der durch Reizung der Uterusnerven bedingten Reflexbewegung ist eine jener zahlreichen Definitionen, die wohl unsere eigene Unkenntniss in schöne Worte kleidet, aber streng genommen nichts erklärt". Jeder Gynäkologe wird aus seiner Praxis eine Reihe von Fällen anführen können, wo sich neben der Gravidität allerhand Abweichungen von der Norm finden, wie Lageveränderung, Erosionen, Residuen abgelaufener geringer Entzündungserscheinungen etc., ohne dass Pat. auch nur ein Mal über Uebelkeit zu klagen gehabt hat und umgekehrt noch häufiger, wo bei schwerer Hyperemesis ein total normaler Genitalbefund vorliegt.

Um die bestehenden nahen Beziehungen zwischen dem wachsenden Uterus und dem Erbrechen erklärlich zu machen, haben einige Autoren, zuerst, wie es scheint, Ahlfeld [6]), schon im Jahre 1851 die durch die Schwangerschaft herbeigeführte nervöse Reizbarkeit oder hohe Nervenspannung" (Barnes), zur Erklärung herangezogen. Das ätiologische Moment liegt nicht in der Anomalie des Genitapparates, sondern in einer allgemeinen Erkrankung des Nervensystems und der Psyche. Das unstillbare Erbrechen ist die Folge einer functionellen Neurose, der Hysterie, wie sich Kaltenbach [7]) 1890 zum ersten Mal ausgesprochen hat. Dieser Anschauung schloss sich in den folgenden Jahren, man kann sagen, die Mehrzahl der Gynäkologen an, nur differierten dieselben in der Auffassung der Natur des pathologischen Nervenzustandes. Die Einen sprechen im Allgemeinen von einer functionellen Neurose, die Andern von einer besonderen Irritabilität des Nervensystems (Opitz [8]), oder einer hohen Nervenspannung, die der Gravidität eigentümlich sei, wieder Andere beschuldigen die Hysterie. Seit einer Reihe von Jahren habe ich es mir zur Regel gemacht, jede Patientin mit Hyperemesis auf Hysterie zu untersuchen und habe in meiner Privatpraxis, wie auch im Hospital unter der einfachen Bevölkerung, eine überraschend grosse Anzahl von Patientinnen mit Vomitus perniciosus gesehen, wo ausgesprochene hysterische Stigmata vorhanden waren und die Diagnose Hysterie sicher stand. Ich kann nicht leugnen, dass ich des Oefteren den Eindruck hatte, als stände die Hysterie in naher Beziehung zum Erbrechen, als spiele die Psyche hier eine nicht zu unterschätzende Rolle. Dieses gilt aber bei weitem nicht für alle Fälle, es bleibt eine Reihe von solchen übrig, wo uns dieses Moment im Stich lässt, wo die Coincidenz der Hysterie mit der Hyperemesis fehlt. Wir sehen Frauen an schweren Formen von Hyperemesis erkranken, wo Hysterie bei genauer Untersuchung sicher ausgeschlossen werden kann. Ausserdem müsste, wenn die Wechselbeziehungen zwischen Hysterie und Hyperemesis so nahe wären, jede Hysterische während der Gravidität an unstilbarem Erbrechen leiden. Dem ist aber bekanntlich nicht so. Jeder kann aus seiner Praxis eine Reihe von Fällen anführen, wo nachweislich Hysterische die Schwangerschaft vom ersten Beginn leicht und ohne jegliche Beschwerde durchmachen. Daraus ergiebt sich, dass auch von dieser Seite eine für die Gesamtheit der Fälle erschöpfende und befriedigende Antwort nicht gegeben werden kann.

Als dritte Gruppe habe ich die toxaemische genannt. Das klinische Bild, das oft an das einer acuten Intoxication erinnert, führte zu der Annahme, es handele sich bei der Hyperemesis um eine Art Autointoxication, hervorgerufen durch Gifte, die im Blut der Schwangern kreisen und für die Gravidität durchaus specifische Toxine darstellen. Diese, so nimmt man an, wirken reizend auf das Brechcentrum und das Centrum der Speichelsecretion oder auch direct reizend auf die Magenschleimhaut, durch welche dieses Gift, wie auch manches andere, ausgeschieden wird. Als Quellen der Intoxication kommen mehrere in Betracht. Man hat erstens den Darm beschuldigt und angenommen, dass sich Producte des intermediären Stoffwechsels anhäufen, resp. nicht prompt zur Ausscheidung kommen und als Giftstoffe ihre Wirkung entfalten (Dirmoser [9]). Producte, welche normalerweise zur Ausscheidung kommen, sind auffallend reichlich im Harn vorhanden, sei es infolge vermehrter Bildung oder langen Zurückhaltens im Organismus, hierzu gehören Indoxyl, Skatoxyl, Aetherschwefelsäure, von abnormen Bestandteilen Albumin, Urobilin, Aceton etc. Es ist ja wahr, dass die Retention dieser Stoffe Intoxicationserscheinungen hervorrufen kann, weshalb aber dieselben specifisch für die Gravidität sein sollen und in welchem causalen Zusammenhang sie mit der Hyperemesis stehen sollen, ist mir nicht einleuchtend. Der Versuch Winters [10]) und Hofbauers [11]) die Hyperemesis mit der gestörten Leberfunction in Zusammenhang zu bringen, ist jüngst wieder von diesen Autoren betont und ausführlich begründet worden. Hofbauer spricht von einer hepatogenen Toxikose, berichtet über die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche in tötlichen Fällen von Hyperemesis bei den Sectionen gefunden worden sind (parenchymatöse Hepatitis). Es handelte sich um eine directe toxische Beeinflussung der Leber durch eine im Blut kreisende Noxe. Gewiss mag die Leber häufig secundär in Mitleidenschaft gezogen sein, welches aber die primäre Ursache ist, wird nicht gesagt.

Kehrer [12]) drückt sich allgemeiner aus, wenn er die Hyperemesis als ein Glied einer Kette von Vergiftungserscheinungen auffasst, die der weibliche Organismus während der Schwangerschaft gelegentlich erfährt. Kehrer bezeichnet diese Erscheinungen als embryogene Toxaemie und rechnet dazu die Hyperemesis, den Graviditätsicterus in seinen verschiedenen Formen bis zur acuten gelben Leberatrophie, die Graviditätshaemoglobinurie und besonders die Eclampsie.

In unserem modernen Zeitalter, wo die biochemische Forschung mit ihren detaillierten Untersuchungsmethoden auf so vielen Gebieten fruchtbringend gewesen, wo diesbezügliche Experimente zur Ergründung der geheimnissvollen biochemischen Vorgänge in unserem Organismus ausgeführt worden, hat man sich fragend umgesehen, ob die biologische Forschung nicht auch in dieser Frage Aufklärung geben kann.

Als sehr interessant sind daher die Versuche zu bezeichnen, welche die Autointoxication durch biochemische Processe zu erklären suchen, die mit dem Ei, der Eiperipherie und der Placenta in Beziehung stehen. Die

Stoffwechselproducte des Foetus, besonders solche, die sich aus dem kindlichen Harn abspalten, sind kaum verantwortlich zu machen, da das Erbrechen in den ersten Wochen, ja Tagen der Schwangerschaft beginnt, ehe von einer Harnstoffausscheidung die Rede sein kann. Dagegen ist man in den letzten Jahren, speciell bei der Erforschung der Eclampsie auf einen eigentümlichen Befund gestossen, nämlich auf die Verschleppung foetaler Elemente in den mütterlichen Organismus. Diesen Vorgang hat Veit[13]) zuerst beschrieben und Zottendeportation genannt. Veit, Poten[14]), K. Ruge[15]), Gottschalk[16]), Behm[17]), Scholten[18]) und Andere haben festgestellt, dass bei normaler Schwangerschaft Zellen der Eiperiphere, speciell des epithelialen Ueberzugs der „von dem mütterlichen Blut umspülten Zotten, des Syncytiums in die weit geöffneten Gefässe der Serotina, mithin in den Kreislauf der Mutter, ins Herz, Lungen, Hirn etc. gelangen. Die Anwesenheit von Zotten oder Zottenteilen im mütterlichen Blut, die früher für ein pathologisches Verhalten gehalten wurde, ist als eine mehr weniger physiologische Erscheinung anzusehen und von so vielen Forschern constatiert, dass an der Tatsache nicht zu zweifeln ist. Das Eiweiss der Zottenepithelien, die in das mütterliche Blut gelangen, wird durch das von den Erythrocyten gebildete Syncytiolysin gelöst und ins Blutserum aufgenommen. Wir sehen, dass die modernen Forscher, welche sich mit biologischen Fragen beschäftigten, die Immunitätslehre auf Grund der Seitenkettentheorie Ehrlichs auf die sich hier abspielenden biolytischen und biosynthetischen Vorgänge übertragen haben. Ist die Menge der in die mütterliche Blutbahn fortgeschwemmten cellularen Eiweisskörper, d. h. Zellen der Eiperipherie und Zotten, eine mässige, um nicht zu sagen, eine normale, so wird das eingedrungene Gift durch die im mütterlichen Organismus vorhandenen Antikörper — Syncytiolysin genannt — paralysiert und unschädlich gemacht, oder um sich klinisch auszudrücken: die Resorption dieser toxischen Stoffe ins mütterliche Blut wird in so zu sagen erlaubten Grenzen Unbehagen, Uebelkeit, leichtes Erbrechen erklären, an dem fast alle Frauen im Beginn der Gravidität leiden. Wird der mütterliche Organismus dagegen mit foetalen Zellelementen überschwemmt, welche die natürlichen Abwehrkräfte desselben durch Bildung von Antikörpern nicht unschädlich zu machen im Stande sind, so treten klinisch die Zeichen einer Autointoxication ein, welche zu schwerem unstillbaren Erbrechen, Albuminurie, eventuell zu Icterus und Haemoglobinurie führt. Auch mit dem zeitlichen Eintritt der Hyperemesis in den ersten Monaten der Schwangerschaft und dem Abklingen mit ca. dem vierten Monat steht die Hypothese der syncytialen Intoxication in Einklang. Um diese Zeit tritt physiologischer Weise der Schwund der Zotten an dem grössten Teil der Eiperipherie ein, es bildet sich die Placenta. Andererseits hat sich eine genügende Immunität gegen die Intoxication in Folge der Reaction des mütterlichen Organismus gebildet. Graefe[19]). Wieweit die Placenta, das wichtige Assimilationsorgan, das den Aufbau und das Wachstum des kindlichen Lebens durch Umprägung der von der Mutter stammenden Nährstoffe zu wirklichen Bestandteilen der lebendigen Substanz vermittelt, hier eine Rolle spielt, lässt sich nicht entscheiden. Unser Wissen über die Aufgaben und Tätigkeit der Placenta sind noch zu lückenhaft. Soviel ist nur bekannt, dass sich die Tätigkeit der Placenta nicht allein auf Erscheinungen der Osmose und Diffussion beschränkt, sondern dass sich hier complicierte chemische Vorgänge, vielleicht auf dem Wege der Fermentbildung, abspielen. (Hofbauer[20]). Leider kann ich auf diese interessanten Fragen nicht näher eingehen, sie würden uns zu weit führen und sind noch nicht spruchreif.

Ich muss sagen, dass mir die eben angeführte Hypothese vom theoretischen Standpunkt aus sehr sympathisch ist. Das klinische Bild erinnert oft so frappant an das einer Vergiftung, dass man unwillkürlich nach einem Gift sucht; ob dieses in der Auflösung versprengter Zottenteile zu suchen ist oder in den complicierten biolytischen und biosynthetischen Vorgängen der Placenta, wird die Zukunft lehren.

Wenn wir die oben angeführten drei Hauptgruppen, die reflectorische, die neurotische und toxaemische nochmals übersehen, so können wir, wie mir scheint, die erste als das Wesen und die Aetiologie der Hyperemesis nicht genügend erklärende eliminieren: die Reflextheorie bezeichnet nach meiner Meinung nur ein Symptom und besagt nur, dass die Reflexerregbarkeit erhöht ist, und damit ist nicht viel gewonnen. Die beiden anderen Theorien gründen sich auf feste Tatsachen und kommen meiner Ansicht nach allein in Frage. Ich glaube, dass im Grunde nur eine Intoxication des Blutes einen so schweren Zustand hervorrufen kann, wie wir es bei der Hyperemesis in ihrer vollen Entwicklung sehen, zugleich möchte ich aber, gestützt auf die Anschauung anderer Autoren (Behm, Graefe), auf die Möglichkeit hinweisen, dass eine neurotische Disposition das Zustandekommen der Hyperemesis begünstigen kann, indem diese nicht als ausschliesslich bedingende Ursache, sondern nur als auslösende, verschlimmernde, zu dem eigentlichen Grundleiden hinzukommende anzusehen ist. Jedes schwere, auch das letale Intoxicationserbrechen hat sein unschuldiges, neurotisches „Vorstadium", sagt Winter. Wenn eine Pat. wenige Tage nach der Conception anfängt, zu erbrechen, so kann hier von einer Intoxication nicht die Rede sein. Andererseits kann der schwere Zustand einer an Vomitus perniciosus Leidenden in den späteren Wochen nicht als nervöses Erbrechen aufgefasst werden — kurz eine das vielseitige Bild erklärende Ursache finden wir nicht: bald tritt das eine, bald das andere Moment in den Vordergrund. Das variable Bild und der Mangel an feststehenden ätiologischen Momenten hat in letzter Zeit dazu geführt, die einheitliche Natur der Hyperemesis anzuzweifeln, diese nur als einen Symptomencomplex hinzustellen, welcher mit den verschiedenartigsten pathologischen Zuständen einherläuft, und die Benennung „Hyperemesis" aus dem medicinischen Wörterbuch zu streichen (Wygodski[21]), Czyzewicz[22]). Wir können aber auf den Begriff Hyperemesis so lange nicht verzichten, als uns die eigentliche Krankheitsursache bekannt wird.

Wenn ich einen Fall von Vomitus gravidarum perniciosus zur Beobachtung bekomme, so habe ich diesen je nach den zu Tage tretenden Symptomen in eine von diesen Gruppen zu classificieren versucht, und in der Tat gewinnt man manches Mal den Eindruck, dass in dem einen Fall die Hyperemesis mehr auf dem Boden der Hysterie entstanden zu sein scheint, dass diese den ersten Anstoss gegeben, während andere von Anfang an das reine Bild einer acuten Vergiftung darbieten. Obgleich ich in den Lehrbüchern und der Literatur nirgends auf den Hinweis mancher Eigentümlichkeiten und Differenzen im klinischen Verlauf gestossen bin, kann ich mich des Eindruckes doch nicht erwehren, dass öfters bei dem klinischen Bilde jeder der eben bezeichneten Gruppe, der neurotischen und toxämischen, abgesehen von manchen anamnestischen Hinweisen, wie früher bestehende Nervosität, Basedow etc., characteristische Symptome in den Vordergrund treten, besonders im Beginn der Erkrankung, im späteren Verlauf verschwimmt das Bild.

In kurzen Zügen will ich das klinische Bild der Hyperemesis schildern. 4—6 Wochen nach der letzten

Menstruation, manches Mal auch schon früher, setzt das Erbrechen ziemlich plötzlich oder nach einigen Prodromi, wie Unbehagen, Uebelkeit und leichtem Vomitus matutinus ein. Die Patientinnen erbrechen anfangs nur das Genossene, bald aber tritt Erbrechen unabhängig von der Nahrungsaufnahme auf. Nach einiger Zeit können die Frauen ihren Pflichten nicht mehr nachkommen, sie fühlen sich sehr matt, sind an die horizontale Lage gebunden und können ihren Kopf nicht erheben, ohne sofort zu erbrechen und von heftigem Schwindel erfasst zu werden. Die Zunge ist anfangs noch feucht und belegt, später trocken, borkig. Die Temperatur normal oder häufig subfebril, der Puls ist beschleunigt 100—120 auch 140, anfangs von guter Füllung, später matt, auch intermittierend. Ich habe aber in Fällen, wo das Gesammtbild für eine schwere Affection sprach, die Pulsfrequenz von 80 und etwas über 80 gefunden und dieses vorzugsweise bei solchen, wo Hysterie vorhanden war. Ich habe auch den Eindruck, dass in diesen Fällen seltener die Temperatur subfebril ist. Die Haut ist trocken, ihres normalen Turgors beraubt, die Gesichtszüge die einer schwer Leidenden.

Der Leib ist eingefallen, die Leber habe ich selten vergrössert gefunden, dagegen bei Hysterischen häufig eine ausgesprochene unangenehme Sensation bis Schmerzhaftigkeit im Epigastrium, die sich auf den Plexus coeliacus bezieht, seltener trifft man andere Druckpunkte.

Die Herztöne sind rein, später dumpf, arhythmisch. Dabei besteht hartnäckige Obstipation. Der Urin ist spärlich, hochgestellt, enthält zahlreiche Urate, Aceton, Eiweiss, Indican und Gallenfarbstoffe. Auch hier möchte ich darauf aufmerksam machen, dass sich die Anwesenheit von Eiweiss bei der rein nervösen Form seltener und in geringerer Quantität nachweisen liess. Ich habe wenigstens in mehreren Fällen diese Beobachtung machen können.

Im vorgerückten Stadium besteht Tag und Nacht unausgesetzt Würgen und Erbrechen, Pat. erbrechen grosse Quantitäten schleimig-wässriger, grünlicher Massen, dabei besteht fortwährende Salivation; ich habe mehrere Liter Speichel auffangen sehen. Unter diesen Erscheinungen fällt das Körpergewicht rapide, die Gesichtszüge verfallen, Pat. werfen sich beständig unruhig hin und her, das subjective Gefühl ist ein äusserst schlechtes, die Gemütsstimmung deprimiert und apathisch, der Zustand ist ein ungeheuer quälender! Die mehr nervöse Form unterscheidet sich also, wie mir scheint, von der toxischen durch das seltenere Auftreten von Eiweiss im Harn, durch die äusserst lästige Empfindung im Bereich des Plexus coeliacus, durch die normale oder wenig erhöhte Pulsfrequenz, vielleicht auch durch das seltenere Auftreten der Temperaturerhöhung.

Ueber den Verlauf und die Behandlung möchte ich mich kurz fassen. Beim weiteren Verlauf tritt allmähliche Besserung unter Abklingen der bedrohlichen Symptome ein: das Erbrechen wird seltener, wobei das nächtliche Erbrechen zuerst nachlässt, das Harnquantum wird grösser, und ganz allmählich wird das subjective Allgemeinbefinden besser. In seltenen Fällen tritt spontaner Abort ein. Auch Fälle von letalem Ausgang sind beobachtet worden, wenn nicht der künstliche Abort zu einer Zeit eingeleitet wird, wo die Pat. den Eingriff noch zu überstehen im Stande ist.

Die Behandlung ist keine leichte. In der ersten Zeit entzieht man die Nahrung vollkommen, lässst höchstens löffelweise eiskalte Milch geben, die gewöhnlich auch erbrochen wird, am ehesten werden Vichy und säuerliche Getränke schluckweise vertragen. Die innerliche Verabreichung von Medicamenten, Nervinis, Brom an der Spitze, oder Narcoticis hat in schweren Fällen nach meiner Erfahrung nicht den geringsten Effect. Alles per os Dargereichte wird sofort erbrochen, in mittelschweren Fällen empfinden die Kranken Erleichterung nach Cocain, Anästhesin und Pepsin. Wie einige Autoren Kreosot, Orthoform, Nux vomica, Guajacol etc. empfehlen, ist mir ganz unverständlich; in leichteren Fällen kommt man ohne dieselben aus, in schweren dürften sie das Erbrechen eher vermehren als verringern. Morphiuminjectionen schaffen vorübergehend Erleichterung, bei Hysterischen habe ich auch diese Wirkung oft vermisst. Daher ist man auf die Application per rectum angewiesen. Am meisten Nutzen sieht man von Bromlavements, nur muss man nicht vergessen, dass diese reizend wirken, wenn sie dauernd und in grossen Dosen ordiniert werden, was bei der gleichzeitig ausschliesslichen Ernährung per rectum sehr störend ist. Alsdann wird physiologische Kochsalzlösung subcutan injiciert oder per rectum appliciert, endlich Nährklysmata. Daneben muss die Behandlung eine psychische sein, die Pat. bei ungeeigneter Umgebung aus ihren häuslichen Verhältnissen entfernt werden. Gelingt es, die Körperkräfte einige Zeit so zu sagen über Wasser zu halten, so beginnt man vorsichtig flüssige Kost per os löffelweise zu geben, wobei man sehr langsam und oft dem individuellen Geschmack der Pat. folgend vorgehen muss. Wenn die Körperkräfte rapid abnehmen, der Allgemeinzustand ein wirklich bedrohlicher, die Application per rectum infolge von Reizzuständen des Mastdarms nicht möglich, der Puls frequent, mit einem Wort das Leben der Frau in Gefahr ist, so kommt der künstliche Abort als ultimum refugium in Frage. Es ist dem subjektiven Ermessen des behandelnden Arztes anheim gestellt, den Zeitpunkt zu bestimmen, und darin liegt eine grosse Verantwortung, es ist nicht leicht, den richtigen Moment zu erfassen. Der Arzt muss mit Scharfblick unter genauer Kontrolle des Allgemeinzustandes, des Körpergewichtes und der lokalen Symptome den Kräftezustand der Pat. bemessen und den Kräftevorrat so zu sagen taxieren, um den Augenblick nicht zu verpassen, wo der Eingriff eines künstlichen Aborts noch nicht zu spät ist. Derartige Fälle sind genügend bekannt. Winter und Hofbauer, die, wie angeführt, eine Schädigung der Leberfunction durch Retention des Schwangerschaftsgiftes annehmen, haben in der Functionsprüfung der Leber die Richtschnur für ein actives Vorgehen gesucht, um ein objectives Kriterium zu haben, wann der künstliche Abort einzuleiten sei. Sie proponieren die Verabfolgung von Laevulose zur Prüfung der Lebertätigkeit, und zwar ist die Zuckerausscheidung nach Darreichung von 60 g Laevulose per os als diejenige Grenze anzusehen, wo mit der Unterbrechung der Schwangerschaft nicht länger gewartet werden kann. Diese vom theoretischen Standpunkt aus mit Scharfsinn ausgeklügelte Berechnung dürfte an der praktisch unüberwindlichen Schwierigkeit scheitern, dass es nicht möglich ist, einer schwer krank darnieder liegenden, Alles erbrechenden Pat. 60 g Laevulose zu verabreichen.

Vielleicht setzen wir nicht vergebens unsere Hoffnung auf die Serumtherapie, die bei verschiedenen Intoxikationen Nutzen geschaffen. Vom theoretischen Standpunkt liegt die Auffindung eines Immunserums im Bereich der Möglichkeit, sobald die biologische Forschung die Natur des Giftes näher zu specialisieren im Stande sein wird.

Literatur:

1. Eulenberg, citiert nach Pick Samml. Klinischer Vortr. Nr. 325,326. 1902.

2. Oehlschläger, Centralbl. für Gynaek. 1904, Nr. 7.

3. Olshausen, Zeitschr. für Geb. und Gynaek. Bd. 49, Heft 2, Verhandl. der Gesellsch. für Geb. und Gynaek. zu Berlin.

4. Ahlfeld, Centralbl. für Gynaek. 1891, Nr. 17.
5. Eulenburg, citiert nach Behm, Arch. f. Gynaek. Bd. 69, Heft 2.
6. Ahlfeld, Arch. für Gynaek. Bd. 18.
7. Kaltenbach, Centralblatt für Gynaek. 1891. Nr. 26. u. Zeitschr. für Geb. u. Gynaek. Bd. 21, Heft 1, Verh. der Gesellsch. für Geb. u. Gynaek.zu Berlin.
8. Opitz, Zeitschr. für Geb. und Gynaek. Bd. 49, Heft 2, Verh. der Ges. für Geb. und Gynaek. zu Berlin.
9. Dirmoser, Vomitus gravidarum pernic. Wien. 1901.
10. Winter, Zentralbl. für Gynaek. 1907. Nr. 48.
11. Hofbauer, Zeitschr. für Geb. u. Gynaek. Bd. 61, Heft 2.
12. Kehrer, Samml. kl. Vortr. 1905, Nr. 398.
13. Veit. Die Verschleppung der Chorionzotten. Wiesbaden, Bergmann. 1905 und Zeitschrift für Geb. u. Gynaek. Bd. 47, Heft 3. Verh. der Ges. für Geb. u. Gynaek. zu Berlin.
14. Poten. Arch. für Gynaek. Bd. 66, Heft 3.
15. K. Ruge. Zeitsschr. f. Geb. u. Gynaek. Bd. 47, Heft 3, Verh. der Ges. für Geb. u. Gynaek. zu Berlin.
16. Gottschalk. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 49, Heft 2, u. Bd. 47, Heft 3, Verh. der Ges. für Geb. u. Gyn. zu Berlin.
17. Behm. Arch. f. Gyn. Bd. 69, Heft. 2.
18. Scholten und Veit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 49, Heft 2.
19. Graefe. Monatsschr. für Geb. u. Gyn. Bd. 20, Heft 1.
20. Hofbauer. Samml. Klin. Vortr. 1907, Nr. 454.
21. Wygodski. Журналъ акуш. и женск. бол. 1908, Nr. 7 u. 8.
22. Czyzewicz. Samml. Klin. Vortr. 1908, Nr. 485.

Die Schroth-Curmethode.

Von

Dr. med. G. Hermann.

Stadtarzt von Pernau.

Im Dorfe Lindewiese (Oesterreich-Schlesien), dicht an neben dem Graefenberge, der Domaine des alten Priessnitz, wirkte und schaffte gleichzeitig mit Priessnitz ebenfalls ein Landmann, Johann Schroth, als Naturheilkundiger. Durch etliche glückliche Curen, unter denen ganz besonderes Aufsehen die Heilung einer complicierten Schusswunde des Knies beim Herzog Wilhelm von Würtemberg erregte, wurde Schroth ebenso wie Priessnitz weit und breit bekannt; er hatte starken Zuzug von Kranken, deren Zustand oft von Aerzten als unheilbar erkannt worden war, und er behandelte sie mit vielem Glück und Erfolg nach seiner originellen Methode, die ebenso wie die Priessnitz-Methode, es redlich verdient hat, einen zweiten Prof. Winternitz zu finden, d. h. einen Universitätslehrer, der Vorurteile und Mühen nicht scheut, um sich mit den Principien der Schrothcur durch wissenschaftliche Untersuchungen vertraut zu machen.

Der Curort Lindewiese besteht ja auch noch im Augenblick und hat seine Anziehungskraft nicht verloren. Es sind dort beständig 300—400 Patienten, die sich der Schroth-Cur unter der Leitung eines wissenschaftlich gebildeten Artztes — Dr. Schroth — unterwerfen. Dr. Schroth ist ein Enkel des alten Landmannes Johann Schroth. Es hat zum Glück auch sonst an Aerzten nicht gefehlt, die begeisterte Anhänger der Schroth-Cur waren und mit Erfolg nach dieser Methode behandelten. Unter diesen Aerzten ragt hervor Felix Kles, Doctor der Medicin und Chirurgie, pract. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer zu Dresden. Er war der Begründer und Leiter der Diätetischen Heilanstalt zu Dresden, eines gleichfalls vielbesuchten Heilinstituts. Als Dr. Kles 1898 starb, hinterliess er 100000 Mk. als Vermächtnis für die Wittwen und Waisen der Dresdener Aerzte. Von den Dresdener Aerzten war er zur Zeit seiner Wirksamkeit als Schroth-Arzt recht tüchtig vorgenommen und die Unwissenschaftlichkeit der Curmethode ihm sehr deutlich vorgeworfen worden. Die dankbaren Patienten jedoch hatten offenbar nichts Unwissenschaftliches in einer Curmethode gefunden, die ihnen ihre Gesundheit und damit ihr Lebensglück wiedergegeben hatte. Meist unterwarfen sich und unterwerfen sich auch jetzt noch solche Kranke dieser Curmethode, welche sich vielfach verschiedenen wissenschaftlichen Disciplinen anvertraut hatten, ohne Heilung zu finden. Schon früher hatte in Dresden ein Arzt, Dr. med. Paul Kadner, gest. 1868, als Schroth-Arzt gewirkt und geschafft, aber, wie es scheint, nicht in dem Umfange wie Dr. Kles. Im letzten Jahrzehnt ist bei Dresden in Loschwitz eine Heilstätte von Dr. med. S. Möller eröffnet worden, in der hauptsächlich nach der Schroth-Methode die Patienten behandelt werden. Wie ich mich in diesem Sommer persönlich überzeugen konnte, mit sehr günstigem Resultate, also mit „viel Glück". Eigentlich müsste es heissen: mit viel Verständnis für die pathologischen Vorgänge im erkrankten Körper und mit dem Heilbestreben eines jeden Organismus.

Ich selbst vertraute mich dem Herrn Collegen Dr. Möller in diesem Sommer zur Behandlung an und verblieb 4 Wochen in seinem Sanatorium. Mit mir zusammen reiste ins Sanatotium Herr Kaufmann B. aus Pernau, der 9 Wochen in der Cur verblieb! Beide sind wir genesen und erfrischt, ich sage nicht zu viel, wenn ich behaupte, „verjüngt" heimgekehrt.

Bei mir selbst handelte es sich um arteriosklerotische Erscheinungen mit Kopfdruck und Kopfschmerz, Neigung zur Verfettung, leichter Erregbarkeit, Schlaflosigkeit, leichter Ermüdung, leichten Oedemen an den Unterschenkeln (Varices), ziehenden Schmerzen im rechten grossen Zeh und der linken Schulter. Ganz besonders quälend war der beständige Kopfdruck, der jegliche Energie lähmte und mich entsetzlich peinigte. Von allen diesen Plagen bin ich nun vollständig erlöst, ich fühle mich vollkommen leistungsfähig und arbeitsfrisch. Ich hatte, aufrichtig gestanden, einen so prompten Erfolg der Schroth-Cur nicht erwartet. Ich bin um 15 Pfund leichter geworden. Bei dem Kaufmann B. handelte es sich um ganz besonders schwere Erscheinungen: Patient, ein Mann von 46 Jahren, war durch Uebermass im Essen und Trinken in seiner Gesundheit stark reduciert, sehr verfettet, mit hartem schnellem Pulse, Atemnot beim Gehen und namentlich beim Treppensteigen. Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit setzten ihm arg zu. Eine beständige Unruhe in den Beinen in horizontaler Lage war sehr quälend. An verschiedenen Körperstellen bestand ein Vertaubungsgefühl der Haut. Im Harn fand sich beständig Eiweiss $^1/_2$—1 pro mille, bisweilen auch Zucker. B. fühlte sich schwer krank und tief unglücklich, zur Arbeit unfähig. Und doch hat er 9 Wochen im Sanatorium geduldig ausgehalten, denn sehr bald nach dem Beginne der Cur fühlte er sich schon bedeutend erleichtert, das Herz arbeitete viel besser.

Und jetzt — um 75 Pfund erleichtert, fühlt sich Herr B. auch von seinen übrigen Beschwerden befreit, ist arbeits- und erwerbsfähig geworden, seine Albuminurie hat er ganz verloren. Ganz unwillkürlich wird

man bei der Analyse der krankhaften Erscheinungen beim Herrn B. an Haigs Harnsäureerkrankung erinnert. Auch Herr B. wurde durch Genesung von den quälenden Symptomen belohnt.

Die Schroth-Cur ist in ärztlichen Kreisen fast unbekannt, meist spricht man von derselben mit einem gewissen Horror, die Gefährlichkeit der Cur hervorhebend und am Erfolge zweifelnd. Deshalb sei es mir gestattet, die Herren Collegen, die diese Zeitschrift lesen, mit der Schrothschen Methode vertraut zu machen. Den Patienten wird in dieser Cur an bestimmten Tagen, 3 Mal in der Woche, jegliche Flüssigkeits-Zufuhr, selbst Wassertrinken, untersagt. An den sogenannten Trockentagen erhalten sie zudem keine andere Nahrungs-Zufuhr als halbtrockene Semmeln nach eigenem Gutdünken. An den übrigen vier Wochentagen wird den Kranken ein Mittagessen verabfolgt, bestehend aus einer leichten Haferschleim- oder Kartoffelsuppe und dickgekochten Grützen. Nachmittags gab es an diesen Tagen ein vorgeschriebenes Quantum ganz leichten säuerlichen Landweines. Semmeln konnte man essen ganz nach Bedarf. Abends wurde man zu ³/₄ feucht eingepackt und musste in dieser Einpackung möglichst lange liegen bleiben, wenn irgendwie möglich, bis zum nächsten Morgen. Nach erfolgter Auspackung musste man sich trocken frottieren, um nachher noch ¹/₂—1 Stunde im Bette zu verbleiben. Das Characteristische der dargereichten Nahrung war eine absolute Eiweiss-Armut, da die Schroth-Methode voraussetzt, fast alle Stoffwechsel- und andere Krankheiten seien durch eine anormal reichliche Eiweiss-Zufuhr bedingt. Das überschüssige Eiweiss und die Derivate desselben sollten hierdurch gezwungen werden, wiederum zum Aufbau der Gewebe zu dienen oder zur rascheren Ausleitung aus dem Körper veranlasst zu werden. Um schroffe Uebergänge zu vermeiden, wurden etliche Tage vor Beginn und nach Beendigung der Schroth-Diät eine Uebergangs-Diät vegetarischen Charakters verabfolgt.

Die Dauer der Cur beträgt 4—6 Wochen. Bei sehr ernsten Fällen auch bedeutend länger. Jedoch wird dann dazwischen eine Erholungswoche eingeschoben mit Verabfolgung gewöhnlicher Kost oder vegetarischer Kost, denn immerhin müssen wir uns gestehen, dass die Schroth-Cur eine recht angreifende und eingreifende Geschichte ist. Deshalb sollte dieselbe nur in einem Sanatorium unter beständiger Aufsicht eines mit der Cur vertrauten Arztes betrieben werden. Es sind selbstverständlich zeitweise Abänderungen je nach den auftretenden Reactionserscheinungen geboten.

Beachtenswert sind die sehr bald eintretenden Reactionserscheinungen. Vorzüglich fangen alle Ausscheidungsorgane an, gewaltig zu arbeiten: die Nieren, der Darm, die Leber, die Haut, der Rachen, die Lunge. Der Harn sieht oft aus wie dickes, trübes Lehmwasser, oder ist klar, aber sehr dunkel gefärbt, und hat einen Bodensatz von Crystallen und Ziegelmehl. Durch die Haut findet eine Ausscheidung verschiedenartig riechender und gefärbter Stoffe statt. Patient B. klagte z. B. über einen unausstehlichen Verwesungsgeruch, welcher erst nach ca. 3 Wochen schwand. Bei mir war nur 3—4 Tage ein etwas unangenehmer Geruch der Hautausscheidung wahrzunehmen. Zu bemerken ist, dass ich zu Hause durch Luftbäder und häufige Wannenbäder meine Haut gut gepflegt hatte, so dass dieser üble Geruch nicht etwa ein Product vernachlässigter Hautpflege war.

Anfangs trat ein starkes Belegtsein der Rachenorgane auf, ich musste fortwährend spucken, um den klebrigen Schleim zu entfernen. Der anfänglich etwas harte, trockene Stuhl schlug nach 2 Wochen bei mir in Diarrhoe um, wobei viel Schleim und eine tintenartig schwarze Masse, ganz aussergewöhnlich stinkend, produciert wurde. Hierbei hatte ich leichten Leberschmerz. Zu beachten ist, dass ich vor 2 Jahren einen leichten Leberkolikanfall zu überstehen hatte. Im Anfange der Cur war der Appetit fast auf Null gesunken, tagelang konnten wir umhergehen, ohne eine Semmel zu essen. Dabei war man wohl etwas matt, aber durchaus nicht kraftlos, konnte im Gegenteil anstandslos alle Museen in Dresden besuchen, Ausflüge in die schöne Umgegend unternehmen, die sächsische Schweiz sich ansehen etc. Ein merkwürdig leichtes Gefühl in den Beinen erleichterte einem sogar das viele Umhergehen.

Ich möchte hierbei den Vorteil der Schroth-Cur, in einem Sanatorium durchgeführt, noch von einer anderen Seite beleuchten. Es wird nämlich die Cur einem erleichtert durch die Anwesenheit von Mitpatienten, von denen viele schon wiederholt sich im Sanatorium Dr. Möllers oder auch in Lindewiese einer Schroth-Cur unterworfen hatten und deshalb mit allen Erscheinungen derselben sehr vertraut waren. Diese Mitpatienten hatten ja an sich selbst alle die quälenden Erscheinungen erlebt und wussten, dass sie als günstige Reactionssymptome aufzufassen waren, als Reinigungs-Anzeichen. Die traditionell gewordenen Heilgeschichten anscheinend unheilbarer Krankheiten flössten einem ebenfalls Vertrauen zur Cur ein.

Es war in der Tat erstaunlich, welche Resultate man im Sanatorium erlebte. Im Verlaufe der 4 Wochen erlebte ich persönlich wunderbare Krankengeschichten und interessante Fälle. Z. B. die beginnende Heilung eines chronischen über den ganzen Körper ausgebreiteten Eczems. Der Träger dieses quälenden Leidens hatte überall Hilfe gesucht. Da wurde ein anderer Herr, rheumabehaftet, hineingetragen, von seinen früheren Aerzten aufgegeben (Herzcomplication). Nach 4 Wochen tanzte er ganz flott. Eine mit Elephantiasis behaftete Dame fand erst durch die Schroth-Cur ihre beginnende Besserung. Ein reicher Fabrikant mit Arthritis deformans, der wie ein kleines Kind gepflegt werden musste, konnte zuletzt selbst den Löffel zum Munde führen, selbständig rauchen und erlebte in der Packung die ersten ruhigen und schmerzfreien Nächte. Noch etliche Rheumatiker fanden rasche Besserung. Auf Neurastheniker wirkte die Cur gleichfalls günstig, jedoch in einem langsameren Tempo. Etliche Herzleiden wurden sehr günstig beeinflusst. In seinem Werke: Das diätetische Heilverfahren Schroths und seine grosse Wirksamkeit im Lichte neuerer Forschung — Verlag der diätetischen Heilanstalt H. Dittmar in Dresden (A. Zinzendorf-Str. 29) fasst Dr. S. Möller folgende Indicationen für die Schrothcur zusammen: Gicht, Rheumatismus, Kopfschmerz, Schwindelerscheinungen, Hysterie und Neurasthenie, Neuralgien, melancholische Gemütsverstimmung, fehlerhafte Blutbeschaffenheit, Bleichsucht, Menstruationsbeschwerden, kalte Hände und Füsse, Drüsenschwellungen, Bronchialkatarrhe, Asthma, Leber-, Magen- und Darmkrankheiten, Unterleibsplethora, Herzhypertrophie, Fettherz, Herzneurosen, Stenocardie, chronische Entzündungen der Ohren, Augen und oberen Luftwege, Unterschenkelgeschwüre, Nierenentzündungen, Nierenbecken und Blasenkatarrhe, chronische Affectionen der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane, chronische Hautkrankheiten, Depressionszustände, Alkoholismus.

Contraindiciert ist die Schroth-Cur bei nicht compensierten Herzfehlern, vorgeschrittener Zuckerkrankheit, geschwulstartigen Wucherungen, Krebs, Fett- und Fasergeschwülsten, Eierstockscysten, vorgeschrittener Tuberculose, Gehirnerweichung.

Aerzten, die sich für die Schroth-Cur interessieren, sei die angeführte Schrift des Collegen Dr. Möller

angelegentlichst empfohlen. Man findet in seiner Schrift genauer ausgeführt, was ich hier nur skizzenhaft niedergeschrieben habe. Ein französischer College, Dr. F. Sandoz, ist persönlich in Lindewiese lange Zeit gewesen, um die Schroth-Cur zu studieren und hat seine Erfahrungen in einem schönen, ausführlichen Werke niedergelegt. Das Werk heisst: Introduction à la therapeutique naturiste par les agents physiques et diététiques par Le Dr. Fernand Sandoz Paris 1907. G. Steinheil éditeurs.

Dr. Sandoz geht mit wissenschaftlicher Objectivität in seinem Werke vor und kommt zu folgendem Schlusse über die Schroth-Cur:

1) „Die Schroth-Cur ist einfach und leicht durchführbar.

2) Die Schroth-Cur kann sich noch bei den Kranken nutzbringend erweisen, welche alle anderen Heilverfahren erschöpft haben.. Heilungen in solchen Fällen sind es gewesen, welche dieser Cur den Ruf verschafft haben, für Kranke der letzte Rettungsanker zu sein und welche ihr zu dem Beinamen einer Regenerations- oder Radicalcur verholfen haben.

3) Die Schroth-Cur bietet vom wissenschaftlichen Standpuukte aus mehr Interesse als irgend ein anderes Heilverfahren".

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Alexander Pilcz: Specielle gerichtliche Psychiatrie für Juristen und Mediciner. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1908. 216 Seiten. Preis 5 Mk.

Das Buch gründet sich auf den Lehren der Wagnerschen Schule in Wien. Unter Hinweglassung theoretischer Erörterungen und Literaturangaben werden in möglichster Kürze die einzelnen psychischen Krankheitsbilder vom symptomatologischen und forensischen Gesichtspunkte besprochen. Kurze Auszüge aus Krankheitsgeschichten dienen zur Illustration. Ein Anhang enthält die für die Psychiatrie wichtigsten civil- u. strafgerichtlichen Gesetzesbestimmungen in Oesterreich u. Deutschland. Dem Praktiker kann das Buch angelegentlich empfohlen werden.

Michelson.

Folia Neuro-Biologica. Internationales Centralorgan für die gesamte Biologie des Nervensystems. Herausgegeben u. redigiert von E. Hekma, Nervenarzt, Assistent am Universitätsinstitut für Physiologie u. Histologie in Groningen. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt, Leipzig, 1907.

Seit dem November 1907 erscheint diese neue Zeitschrift. Sie soll alle Arbeiten über die Biologie des centralen u. peripheren Nervensystems, welche sich bisher in die verschiedenen Fachorgane zerstreuten, centralisieren. Dazu haben 80 Forscher aus aller Herren Ländern ihre Mitarbeit zugesagt. Sammel- und laufende Referate sollen einen möglichst vollständigen Ueberblick über das ganze einschlägige Gebiet geben. Daran schliessen sich Originalarbeiten. Zulässig sind Arbeiten in den vier Congresssprachen. Erscheinen wird die Zeitschrift in zwangslosen Heften verschiedenen Umfangs. Preis eines Bandes (55—60 Druckbogen) 25 Mark.

Michelson.

Physikalische Chemie und Medicin. Ein Handbuch, herausgegeben von A. von Korányi-Budapest und P. F. Richter-Berlin. Erster Band. Mit 27 Abbildungen. Leipzig 1907. Georg Thieme.

Im engsten Zusammenhange mit den gewaltigen Fortschritten der physiologischen Chemie im Laufe der letzten Jahre steht die Ausbildung der physikalischen Chemie zu einer selbständigen Wissenschaft. Ebenso wie die erstere ist sie am Werk, uns viele Gebiete der Medicin in einem neuen Lichte zu zeigen. Die Anknüpfungspunkte zur praktischen Medicin nehmen ständig an Zahl zu, und die grosse Menge der Publicationen gerade von medicinischer Seite beweisen, ein wie grosses Interesse alle diese Fragen für den praktischen Mediciner haben. Nur fällt es oft schwer, die Consequenzen aus den Resultaten dieser Einzelarbeiten zu ziehen ohne eine genügende Kenntnis der Grundlagen dieser Wissenschaft. Im vorliegenden Werk wird in der physikalisch-chemischen Einleitung von Dr. M. Roloff ein überaus klarer Ueberblick der Theorie gegeben, der einem entschiedenen Bedürfnis entspricht. Im II. Capitel — Physikalische Chemie und Physiologie — finden wir die Bearbeitung der Respiration von Prof. A. Loewy, des Blutes von Dr. M. Oker-Blom, der Physiologie der Resorption, der Lymphbildung und der Secretion von Dr. R. Höber. Es folgen die «Muskel- und Nervenphysiologie» von Prof. H. Boruttau und «die Regulation des osmotischen Druckes im tierischen Organismus» von Prof. Fil. Botazzi. Besondere Sorgfalt ist überall den bereits medicinisch verwertbaren Methoden der physikalischen Chemie geschenkt, welche in den eben angeführten Gebieten ja noch nicht sehr zahlreich sind. In weit höherem Masse haben sich zur praktischen Medicin Brücken schlagen lassen in der Pathologie und Therapie, die im II. Bande ihre Bearbeitung finden sollen.

Koch.

Dr. med. Conrad Cohn: Kursus der Zahnheilkunde. Hilfsbuch für Studierende und Zahnärzte. Fischers Verlag (Kornfeld). Berlin. 1908.

Das 792 Seiten starke Buch ist in 4 Auflagen erschienen. Es enthält ausser den Zahn- und Mundkrankheiten noch die Histologie, Anatomie, vergleichende Anatomie, Entwicklungsgeschichte, Physiologie, allgemeine pathologische Anatomie, Bakteriologie, Arzneimittellehre und allgemeine Chirurgie. Daher dürfte sich das Buch in erster Linie als Lehrbuch für Studierende resp. zur Vorbereitung zum Examen eignen. Der praktische Zahnarzt findet sein Specialfach etwas zu kurz behandelt. Eine vergleichende Anatomie der Zähne, wie sie der Verfasser bringt, fehlt dagegen selbst in grösseren Handbüchern und wird von jedem Leser gewiss mit Nutzen gelesen werden. Im Kapitel der Zahnkrankheiten ist die Behandlung der Milchzähne zu kurz ausgefallen. Trotz der gedrängten Darstellung des Stoffes ist es aber dem Verfasser gelungen, denselben klar und übersichtlich vorzuführen, und das Buch wird sich noch gewiss viele neue Freunde erwerben.

H. B.

Ausgewählte Kapitel der klinischen Symptomatologie und Diagnostik von Professor Dr. Edmund von Neusser in Wien. 3. Heft: Dypsnoë und Cyanose. Wien und Leipzig: Wilhelm Braumüller. 1907.

Das Thema der Dypsnoë und Cyanose ist in drei klinischen Vorlesungen abgehandelt, entsprechend ihrem Auftreten bei Lungen-, Herz- und Infectionskrankheiten. Mit grosser Vollständigkeit werden alle hier in Frage kommenden Krankheitszustände besprochen und, so weit es im engbegrenzten Raum (110 Seiten) möglich ist, therapeutische Winke gegeben. Am ausführlichsten ist auf die angeborenen Herzfehler als Ursache dieser Erscheinungen Rücksicht genommen worden. Dieses Buch eignet sich in erster Linie zum Nachschlagen, um sich bei unklaren Fällen von so berufener Seite alle Möglichkeiten vor Augen führen zu lassen, die zur Entwickelung eines solchen Zustandes in Frage kommen.

Koch.

Prof. Arthur Hartmann. Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. Achte verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 74 Abbildungen. Berlin. Fischers Medicinische Buchhandlung. H. Kornfeld. 1908. Preis: M. 7.50.

Die vorliegende neue Auflage des rühmlichst bekannten Buches von H. unterscheidet sich im Wesentlichen wenig von den früheren, indem es alle Vorzüge der letzteren, was Form und Inhalt betrifft, beibehalten hat. Verf. ist seinem Princip: «eine Darstellung der Gehörleiden in knapper Form mit besonderer Berücksichtigung des praktisch Wichtigen» zu geben, treu geblieben. Dabei finden wir das Buch durch neue eigene Erfahrungen des Verfassers bereichert, wie auch den Ergebnissen der Forschungen anderer Autoren auf dem Gebiete der Otiatrie Rechnung getragen wird, so weit dieselben als wissenschaftlich fest begründet erachtet werden können. Zweckmässige Anordnung des Stoffes, leicht fassliche Darstellung unter Hinweglassung wissenschaftlich schwach begründeter Theorien und klinisch wenig bewährter Methoden — sind die hervorragenden Vorzüge des H.schen Werkes. Als besonders wertvoll und zweckentsprechend sind hervorzuheben die jedem Capitel vorausgeschickten anatomischen Bemerkungen, die nicht nur dem Anfänger ein vollkommen klares Bild der anatomischen Verhältnisse vor Augen führen, sondern auch dem Fortgeschritteneren gute Dienste zu leisten imstande sind, um etwa Vergessenes rasch wieder ins Gedächtnis zu rufen.

Von Neuerungen finden wir bei der Besprechung der Prophylaxe der Ohrenkrankheiten eine vom Verf. vorgeschla-

gene neue Zange zur Entfernung adenoider Wucherungen im Nasenrachenraum. Dieselbe dürfte sich als zweckmässiger erweisen, als die früher vom Verf. empfohlene, vollständig gerade und unterscheidet sich günstig von ähnlichen Instrumenten anderer Autoren (Jurasz, Heryng, v. Stein u. A.) durch die der Form des Nasenrachenraumes besser angepasste Krümmung des schneidenden Teils. Im Capitel über Mittelohrentzündungen sind zu erwähnen die genaueren Angaben über den Zusammenhang von Krankheitsform und Infectionserreger, entsprechend den einschlägigen neueren Forschungen. — Die neuerdings vorgeschlagene Behandlung der acuten Mittelohrentzündung mit Blutstauung nach Bier glaubt Hartmann einstweilen noch nicht empfehlen zu können, angesichts der widersprechenden Erfahrungen auf diesem Gebiet. Für die Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen wird ein neues Mittel, das leichtlösliche Natrium perboricum, empfohlen, das, wie die Borsäure nach Bezold, unvermischt angewandt wird.

Bedeutend ergänzt und zum Teil umgearbeitet im Vergleich zu den früheren Auflagen erscheint das Capitel über die Erkrankungen des Nervenapparates des Hörorgans, und speciell die die Labyrintherkrankungen behandelnden Abschnitte. In das bis auf die jüngste Zeit noch recht dunkle Gebiet der Physiologie und Pathologie des Labyrinthes haben wesentlich die Untersuchungen von Bárány neues Licht gebracht und u. A. den Zusammenhang von Erscheinungen wie Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Nystagmus mit Schädigungen des Vestibularapparates zweifellos festgestellt. Die interessanten Ergebnisse der Forschungen Báránys ermöglichen zur Zeit auch eine objective Diagnose des Schwindels, was besonders für die Begutachtung nach Unfallverletzungen von weittragender Bedeutung sein dürfte.

Die bisher unter dem Namen des Menièreschen Symptomencomplexes bekannte klinische Form wird von Hartmann auf Grund der Arbeiten Báránys als Erkrankung des Vestibularapparates aufgefasst und demgemäss erörtert.

Die Frage über die Schwerhörigen in der Schule, deren Förderung in Deutschland ein besonderes Verdienst Hartmanns ist, wird in einem besonderen Capitel eingehend behandelt.

Je ein besonderes Capitel ist auch der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit von Ohrenkranken und der Begutachtung derselben für die Lebensversicherung sowie für den Militärdienst gewidmet.

Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, dass das Buch, das in den früheren Auflagen bereits die weiteste Verbreitung gefunden hat (es sind Uebersetzungen ins Englische, Italienische, Französische und Russische erschienen), auch in der neuen Auflage nicht nur, wie Verf. wünscht (Vorwort zur 8. Aufl.), «den nicht specialistisch ausgebildeten Herrn Collegen einen brauchbaren Leitfaden für die Erkennung und Behandlung der Ohrenkrankheiten abgeben», sondern auch vom Specialisten auf das Wärmste begrüsst werden wird.

W. Dörbeck. (Moskau).

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 19. Februar 1908.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

1) Ucke demonstriert die Präparate von einem Fall von Pancreassteinen.

2) Herr Otto Thilo — Riga als Gast, hält seinen angekündigten Vortrag:

«Die Verhütung der Winkelstellung nach Lähmungen».

Er bespricht zunächst die Enstehung der Winkelstellungen nach Lähmungen.

Er zeigt an einem schematischen Modell, wie nach Lähmung der Rückenbeuger des Fusses (Dorsalflectoren) durch Verkürzung der Sohlenbeuger ein Spitzfuss entsteht. Er erinnert hierbei an die Arbeiten von A. Fick.

Dieser hat nachgewiesen, dass schon ein jeder normale Muskel, wenn er sich zusammengezogen hat, in seiner Verkürzung solange verharrt, bis er wieder ausgedehnt wird, ja es gehört sogar eine ganz erhebliche Kraft dazu, ihn zu seiner vollen Länge wieder auszudehnen. Die Kraft muss immer mehr gesteigert werden, je länger er in seiner Verkürzung verharrt. Dieser von A. Fick als «Schrumpfung» bezeichnete Zustand führt schliesslich zum Schwund der Muskelfasern und zu ihrer Umbildung in Sehnengewebe, wenn der Muskel längere Zeit hindurch im Schrumpfungszustande verharrt.

Der Spitzfuss ensteht also, weil die Sohlenbeuger nicht mehr genügend ausgedehnt werden und infolgedessen sich immer mehr verkürzen.

Die Entstehung des Spitzfusses kann man daher nur verhüten, wenn man die Sohlenbeuge so viel als irgend möglich ausdehnt und in dieser Stellung dauernd mit ganz kurzen Unterbrechungen erhält.

Diese gewiss sehr einfache Regel wird leider meistens wohl nur höchst unvollkommen berücksichtigt. Es werden die Rückenbeuger electrisiert oder massiert, hierbei werden auch die Sohlenbeuger einige Male ausgereckt und dann lässt man sie ganz ruhig wieder 24 Stunden lang «schrumpfen», d. h. es geschieht gleich nach der Lähmung nichts dafür, um durch Schienen u. drgl. die Verkürzung der Muskeln zu verhüten. Gerade zu dieser Zeit ist das aber meistens ohne Schwierigkeiten zu erreichen; denn die Sohlenbeuger besitzen noch ihre normale Dehnbarkeit, und man braucht nur diese solange zu erhalten, bis die Kraft der Rückenbeuger ausreichend wiederkehrt. Hierfür sind die Aussichten oft günstiger als es anfangs erscheint. Man weiss es ja schon seit längerer Zeit, dass nach Zerstörung des Sprechcentrums ein neues Centrum entstehen kann. Dieselbe Möglichkeit liegt jedenfalls auch für Bewegungscentren vor. Vortr. hat wenigstens selbst eine ganze Reihe veralteter Lähmungen mit so günstigem Ausgange behandelt, dass er daher Heilung nur durch die Bildung neuer Bewegungscentren erklären kann.

Für solche Heilungen ist aber eins Grundbedingung! Man muss die Schrumpfung der Antagonisten verhüten, denn diese kann die freie Kraftentwickelung der gelähmten Muskeln oft unmöglich machen. Daher ist auch der Kampf gegen die Schrumpfung gleich nach eingetretener Lähmung vorzunehmen d. h. wenn die Muskeln noch vollkommen dehnbar sind; denn schon nach einigen Wochen ist oft ihre Dehnbarkeit bedeutend herabgesetzt. Es kommt dann vor, dass man einen Spitzfuss oder eine Greifhand nicht mehr vollständig mit der Hand zurückbringen kann. —

Leider werden auch dann meistens noch immer keine Schienen angelegt. Das geschieht oft erst nach Monaten oder gar Jahren. Dann ist aber häufig schon ein grosser Teil des Sohlenbeugers sehnig geworden und in den Rückenbeugern ist der letzte Rest von Muskelfasern geschwunden.

Th. meint, dass man diese Art der Behandlung nicht anders als rückständig bezeichnen kann, denn sie ist weit hinter unserem Wissen und Können zurückgeblieben. Unwillkürlich fragt man, woher rührt diese Rückständigkeit? Th. meint, sie liegt zum grossen Teil an der grossen Zersplitterung unserer Heilkunst. Die Aerzte, welche gewöhnlich frische Lähmungen zu behandeln haben, wissen nicht mit Schienen umzugehen, und doch ist das nicht schwer, man kann das praktisch leicht erlernen in einigen Wochen. Es wäre ein grosser Segen für die Menschheit, wenn so mancher Arzt seine Literaturstudien für einige Wochen aufschieben würde, um Massage und Verbände zu erlernen.

Er braucht nachher gar nicht immer selbst zu massieren und Verbände anzulegen, nein, er soll nur ein Verständnis dafür gewinnen, damit er bei frischen Lähmungen gleich von vornherein seine Gehilfen richtig leiten kann. — Um diese ganze Behandlung und ihre Erlernung zu erleichtern, hat Thilo sich seit Jahren bemüht, die bisherigen Verbände und Schienen möglichst zu vereinfachen. Seine Vorrichtungen hat er sehr genau in Wort und Bild in seinem neuesten Werke «Orthopädische Technik» veröffentlicht. Einige dieser Vorrichtungen erläutert er in Modellen.

Bei frischen Lähmungen der Fussrückenbeuger genügen oft Zugverbände mit Heftpflasterstreifen. Ein Streifen wird um die Fussspitze gewickelt, ein zweiter um den Unterschenkel in der Nähe des Kniegelenkes.

Am Heftpflaster der Fussspitze wird eine Schnalle befestigt, am Heftpflaster in der Nähe des Kniees ein Riemen. Durch Anziehen des Riemens wird die Fussspitze möglichst stark zurückgezogen und in dieser Stellung Tag und Nacht erhalten. Mehrmals täglich wird der Riemen gelöst, um passive Bewegungen, Massage u. s. w. vorzunehmen. Einen ähnlichen Verband aus gelochtem Leucoplast benutzt Th. auch bei Facialislähmungen gegen Schiefmund und Offenstehen der Augenlider. Bei spastischen Lähmungen und bei veralteten Fällen genügen diese Vorrichtungen allerdings nicht mehr. Hier verwendet Th. seine stellbaren Schienen aus Draht, die er den verschiedensten Körperteilen und Körperlängen anpassen kann. Er legt Schienen vor gegen Greifhand, Plattfuss, Klumpfuss u. s. w. Alle diese Vorrichtungen sind leicht herzustellen und billig, auch das Anlegen und Abnehmen ist bequem und schnell ausführbar, Th. weist auch darauf hin, dass bei spastischen Lähmungen möglichst frühzeitig Sehnendurchschneidungen vorzunehmen sind. Sie wirken erlösend wie eine Iridectomie bei Glaucom.

Nach den Durchschneidungen sind aber erst recht Schienen erforderlich; ohne sie treten sicher Winkelstellungen ein.

Neben der Schienenbehandlung sind von vornherein passive und active Bewegungen vorzunehmen. Auch hierzu hat Th. einfache Vorrichtungen hergestellt, die der Kranke zum grossen Teil selbst mit eigener Hand bewegen kann. Man braucht ihn nur anzuleiten und von Zeit zu Zeit anzuspornen.

Th. legt einige Kurven vor, welche erläutern, wie durch seine Bewegungsvorrichtungen oft in kurzer Zeit die Kraft

gelähmter Muskeln erheblich zunahm. Bei einigen Kranken stieg die Kraft der Muskeln in 2—3 Monaten auf das dreifache, bei anderen sogar in 8 Monaten auf das hundertfache. Zum Schluss spricht Th. die Hoffnung aus, dass namentlich die Nervenärzte mit seinen Vorrichtungen Versuche anstellen mögen.

Sie werden sich bei diesen Versuchen bald dann überzeugen, dass der Zuwachs an Arbeit nicht so gross ist als es anfangs erscheint, man dürfe nur nicht darnach streben, alles mit eigner Hand zu machen. Man muss vielmehr die Angehörigen der Kranken und die Kranken selbst zu Gehilfen heranziehen. (Autoreferat.)

Discussion.

Masing hat vielfach Gelegenheit, im Siechenhaus Lähmungen nach Hemiplegien zu sehen, fragt aber, ob es wirklich so leicht sei, die Patienten zu zwingen, die erforderlichen Uebungen mit der notwendigen Energie durchzuführen.

Thilo: Gebildete Menschen lassen in dieser Beziehung allerdings häufiger zu wünschen übrig als ungebildete. Andererseits aber hilft hier oft der eintretende Erfolg, den Willen zu festigen. Es ist auch gar nicht immer notwendig, dass ein Arzt die Uebungen überwacht und leitet, dazu können auch z. B. Verwandte angestellt werden.

Sitzung vom 4. März 1908.

Stellvertretender Vorsitzender: **Fick**. Secretär: **Fuhrmann**.

1) **Wanach** hält seinen angekündigten Vortrag zur Pathologie der Patella. (Erscheint im Druck).

2) **Henking**: Ueber Ileus in Verbindung mit Meckelschem Divertikel. (Erscheint im Druck).

Discussion.

Wanach erwähnt eines Falles, den er vor 14 Jahren operiert hat. Es handelte sich um eine irreponibele Hernie, die Incarcerationserscheinungen gegeben hatte. Bei der Operation wurde im Bruchsack nur das Divertikel gefunden, dass an der Uebergangsstelle in den Darm abgeschnürt war.

Fick hat einen Fall Ileus durch Meckelsches Divertikel operiert, der dadurch eigentümlich war, dass das Divertikel ein stark entwickeltes Mesenterium besass, das, senkrecht zur Mesenterialplatte des Darmes stehend, mit dieser eine Tasche bildete, in die sich dann eine Darmschlinge verfangen hatte.

Henking: Die Fälle, wo das Meckelsche Divertikel im Bruchsack liegt, geben eine gute Prognose, weil es sich um Leistenbrüche handelt, Cruralhernien liegen recht ungünstig.

Fick betont mit Recht, dass das Meckelsche Divertikel ein Mesenterium haben muss, letzteres ist aber oft nur rudimentär und kann nur mikroskopisch durch den Nachweis von Gefässen gefunden werden.

Sitzung vom 18. März 1908.

Stellv. Vorsitzender: **Fick**. Secretär: **Fuhrmann**.

1) **Hörschelmann** demonstriert einen Fall von Sklerödem.

Discussion.

Henking hat vor Jahren einen Fall von hochgradigem Sklerema neonatorum an einem Neugeborenen gesehen, wo die Haut stark — wie mit Wachs imprägniert war. Solche Fälle betreffen meistens schwächliche atrophische Kinder und führen wohl immer zum Tode.

Fuhrmann erwähnt einen Fall von Sklerem bei einem Kinde im Alter von 3 Monaten. Das Leiden entwickelte sich im Laufe der Behandlung des durch ganz unrationelle Ernährung stark heruntergekommenen Kindes und führte zum Tode.

Schiele: Das Sklerema neonatorum hat einen anderen Verlauf als das Sklerödem, indem es stets von den unteren Extremitäten beginnt und sich allmählich nach oben verbreitet. Pathologisch-anatomisch dürften sich die beiden Formen kaum unterscheiden.

Kallmeyer fragt, ob in dem von **Hörschelmann** demonstrierten Fall nicht Thyreoidin versucht worden sei. Ferner sei es interessant, die Temperatur zu verfolgen, im vorliegenden Falle weisen die Temperatursteigerungen vielleicht auf einen nebenbei vorhandenen chronischen Process hin.

Schiele: Im Anfangsstadium kann das Sklerödem an sich Temperatursteigerungen geben, therapeutisch wäre das Thioxynamin und Fibrolysin zu versuchen.

Ucke hat im Alexandra-Stift einen Fall von Sklerem seciert.

Hörschelmann hält den Unterschied zwischen Sklerem und Sklerödem aufrecht, beim ersteren handelt es sich um Veränderungen in der Fettschicht. Die Schwankungen in der Temperaturkurve hängen vielleicht mit jeweiligen Besserungen oder Verschlimmerungen des Leidens zusammen. Heilung ist nicht ausgeschlossen. **Börling** hat einmal einen guten Erfolg durch sehr heisse Bäder erzielt.

2) **Weber** hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber Appendicitis in der Gravidität.» (Erscheint im Druck).

Discussion.

Dobbert: Der von **Weber** vertretene Standpunkt dürfte wohl das allgemeine sein. Man muss zwischen katarrhalischer und eitriger Entzündung des Appendix unterscheiden, auch muss das Stadium der Gravidität in Erwägung gezogen werden. In den späteren Stadien der Gravidität ist die Operation leichter auszuführen nicht in Abhängigkeit von der Localisation sondern der anatomischen Verhältnisse. In den frühen Stadien der Gravidität tritt leicht eine Senkung des Abscesses in den Douglas ein.

Beckmann stimmt im allgemeinen mit **Weber** überein. Bei den katarrhalischen Formen braucht man während der Schwangerschaft meist nicht zu operieren. Häufig stehe man vor der Frage, was zu geschehen habe, wenn in der Gravidität Schmerzen auftreten und eine Frühgeburt droht.

Da die infolge der Geburt eintretende Verkleinerung des Uterus meist Lockerung oder Zerreissung von Darmadhäsionen um den entzündeten Appendix hervorruft, muss man es versuchen, die Frühgeburt wenigstens solange aufzuhalten, bis die Appendicitisoperation ausgeführt ist. Doch auch nach Eröffnung eines perityphlitischen Abscesses kann es, selbst im Puerperium, zu Senkungsabscessen in den Douglas kommen, wie B. selbst zu beobachten Gelegenheit hatte.

Lingen hat mehrere Fälle von Appendicitis in der Gravidität gesehen, es kommt dabei leicht zum Abort. Eine Dislocation des Uterus beim Abort beeinflusst eine eitrige Appendicitis sehr ungünstig.

Fick weist darauf hin, dass die Empfehlung, die Kranken zu diagnostischem Zwecke auf die linke Seite zu lagern doch bedenklich sei, da dabei durch die Dislocierung des schwangeren Uterus leicht Zerreissungen bestehender Verklebungen gesetzt werden können.

Weber: Die Lagerung auf die linke Seite ist selbstverständlich bei schwerer Appendicitis ausgeschlossen. Wenn die Wehen bereits eingesetzt haben, muss eben die Schwere der Appendicitis den Ausschlag geben, ob und wann man operiert. Der schwerere Verlauf der Appendicitis in vorgeschrittener Gravidität wird durch die Verlagerung des Coecum bedingt.

Sitzung vom 1. April 1908.

Vorsitzender: **Blessig**. Secretär: **Fuhrmann**.

1) A. **Feldt** demonstriert:

1) Einen wegen narbiger Stenose des äusseren Gehörganges operierten Patienten. (Krankengeschichte erscheint im Druck.)

2) Einen Patienten, der wegen rechtsseitigen otitischen Kleinhirnabscesses vor 15 Monaten operiert worden ist. (Vortrag vom 12. Oct. 1907.) Pat. ist seit 8 Monaten wieder in seinem Handwerk tätig, die pulsierende Narbe am Hinterhaupt wird enger. (Ossification von den Knochenrändern her.) Keinerlei Herdsymptome oder Ausfallserscheinungen.

2) **Hein** hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber das Chorionepitheliom». (Erscheint im Druck).

Discussion.

Küttner giebt einige Details zur Operation des von **Hein** erwähnten Falles und betont, dass zur Operation geschritten werden musste, weil einerseits die Frage nicht entschieden werden konnte, ob der Tumor gutartig oder malign verlaufen werde, und weil andererseits Beobachtungen vorliegen, nach denen secundäre Knoten nach operativer Entfernung des primären Tumors sich zurückbildeten.

Fick weist darauf hin, dass hier eine interessante Analogie mit anderen bösartigen Tumoren vorzuliegen scheine, indem es beobachtet worden ist, dass Krebsmetastasen nach der Entfernung der primären Neubildung zurückgingen, und fragt, ob solches beim Chorionepitheliom nicht häufiger vorkomme.

Luchsinger: Im ersten Fall, den **Luchsinger** operiert hat, lagen Metastasen vor, und dennoch trat nach der Operation Heilung ein, man müsse also jedes Mal operieren. L. fragt, ob der Einfluss der Ovarien auf das Chorionepitheliom feststehe.

Bohnsted: Die Malignität ist nicht immer sicher, es ist auch beim Carcinom nach einer palliativen Operation Stillstand eingetreten.

Hein: Von günstiger Beeinflussung der secundären Herde durch Entfernung des primären ist bei anderen Tumoren weniger beobachtet. Die in den letzten Jahren angenommene specifische Veränderung der Ovarien als Grund für das Chorionepitheliom ist neuerdings wieder fallen gelassen. Jedenfalls ist keine Rede von einer Wucherung der Luteïnzellen.

3) **Germann** spricht zur Myopiefrage und über die Gläsercorrection der Myopie. (Erscheint im Druck.)

Discussion.

Blessig schliesst sich den Ausführungen des Vortr. vollkommen an.

Wir haben tatsächlich, trotz unausgesetzt darauf gerichteter Forschung, bisher noch keine Theorie, die uns die Entstehung der Myopie allseitig befriedigend erklärte. Die überwiegende Mehrzahl aller Myopien beruht gewiss auf einer anatomisch nachweisbaren Dehnung des Augapfels, besonders an seinem hinteren Pol, also auf einer Verlängerung der Augenachse: «Achsenmyopie». Es giebt aber auch eine «Linsenmyopie», manchmal sogar hochgradige Myopie gerade in kleinen tiefliegenden Augen, deren Achse offenbar nicht verlängert ist und deren Hintergrund keinerlei ophthalmoskopische Anzeichen einer Dehnung des hintern Augenpols (als: Conus, Staphyloma post myop. etc.) darbietet. Auch Mikrophthalmi können myopisch sein. Zwei Factoren sind in der Aetiologie der Myopia unbedingt anzuerkennen: einerseits Nahearbeit, andrerseits Heredität, beide können sich in verhängnisvoller Weise kombinieren. Worauf aber die Wirkung dieser Factoren eigentlich beruht, den causalen Zusammenhang zwischen ihnen und der Myopie durchschauen wir noch keineswegs ganz klar. Der schädliche Einfluss der Nahearbeit macht sich natürlich besonders am wachsenden kindlichen und jugendlichen Auge geltend. Es scheint auch, dass gerade die Schularbeit in dieser Hinsicht schädlicher ist als andere Beschäftigungen, die gleichfalls anhaltendes und detailliertes Nahesehen erfordern (wie z. B. einige technische Gewerbe). Thorner macht neuerdings besonders das Lesen dafür verantwortlich. Die von Cohn schon in den sechziger Jahren festgestellte Tatsache, dass sowohl die Zahl der Myopen, als auch der Grad der Myopien von den niederen zu den höheren Schultypen und in jeder Schule wiederum von den unteren zu den oberen Classen aufsteigend zunimmt, besteht auch heute noch zurecht, trotz aller schulhygienischen Massnahmen. Sehr anschaulich geht das u. a. auch aus einer von Straub aufgestellten Parallele zwischen Myopie und Schulgeld hervor. Die Schulmyopie ganz zu verhüten wird auch der besten Schulhygiene schwerlich gelingen. Ein Teil der dazu disponierten Schulkinder wird immer myopisch werden, die Schulbildung als solche wird dieses Opfer immer fordern. Wenn wir aber auch mit einem gewissen Recht die Arbeitsmyopie geringen Grades als eine unvermeidliche Anpassung des Auges an die Nahearbeit ansehen dürfen, so soll uns dies doch nicht von der Durchführung aller gegen die Entwicklung der Myopie in der Schule gerichteten Massnahmen abhalten. Denn jedes Augenpaar, das vor der Myopie, auch der geringgradigen, bewahrt wird, ist ein Gewinn. Wir können auch nie wissen, ob es im Einzelfall bei einer einfachen Arbeitsmyopie bleibt, oder zu einer progressiven Myopie kommt, zu der ein grosser Teil der Schüler ohnehin schon erblich veranlagt ist. Gerade in der Verhütung der schlimmen progressiven Formen der Myopie, mit ihren verderblichen Consequenzen für das Auge, kann die Schulhygiene aber viel leisten, wie von Classe zu Classe durchgeführte Schüleruntersuchungen an musterhaft eingerichteten Schulen erwiesen haben. (A. v. Hippel u. A.) Es wäre übrigens nicht richtig und auch nicht gerecht, wollte man für die Entstehung der Schulmyopie die Schule allein verantwortlich machen. Das Haus, in dem die Kinder ihre Schulaufgaben oft unter Vernachlässigung aller hygienischen Regeln machen, trifft mindestens ebensoviel Schuld. Möglichste Einschränkung der häuslichen Schularbeiten ist daher immer anzustreben. Sehr nützlich hätte der zur Zeit des Unterrichtsministers Saenger angeregte Gedanke werden können, an den Mittelschulen, neben den Schulärzten auch Augenärzte als ständige Consultanten anzustellen. Der Plan wurde damals (1902—03) in einer Commission eingehend erwogen und ausgearbeitet — leider sind diese Vorarbeiten aber resultatlos geblieben! Zum mindesten sollte das Sehvermögen der Schüler in bestimmten Intervallen, etwa einmal in jedem Schuljahr controlliert werden. Eine solche einfache Prüfung an den betr. Sehproben in der vorgeschriebenen Entfernung könnte auch von Laien, vielleicht vom Lehrer, ausgeführt werden (Cohn). Diejenigen Schüler, die eine solche Vorprüfung nicht bestehen, d. h. eine unternormale Sehschärfe zeigen, wären dann dem Augenarzt zu überweisen. Auch mit einer so vereinfachten Controlle wäre schon viel gewonnen.

Was die Heredität anlangt, so kann ihr Einfluss am deutlichsten da beobachtet werden, wo Nahearbeit wenig oder gar nicht in Betracht kommt, so auch in der Landbevölkerung (cfr. Fleischer's Erfahrungen in einem schwäbischen Dorf). Worauf die vererbte Disposition zur progressiven Myopie eigentlich beruht, wissen wir nicht. Eine anatomische Erklärung glaubte man vor einigen Jahren u. a. in dem Mangel elastischer Fasern in der Sklera myopischer Augen gefunden zu haben (Lange 1904), doch hat sich das nicht bestätigt. Excessive Dehnung des hinteren Augenpols und dadurch bedingte hochgradige myopische Refraction sind jedenfalls als Folgeerscheinungen eines in den Augenwandungen, wohl hauptsächlich in der Aderhaut, sich abspielenden patholog. Processes anzusehen. In solchen Familien, die durch Generationen Mittel- und Hochschulbildung durchmachen, wirken die Einflüsse der Nahearbeit und der Heredität bei der Erzeugung hochgradiger progressiver Myopie oft genug zusammen.

Die Vollcorrection für Ferne und Nähe ist bei Kindern und jugendlichen Myopen nach Möglichkeit zu erstreben. Sie ist durchaus rationell und bietet besonders Schülern wesentliche Vorteile. Leider wird sie aber nicht immer vertragen, aus Gründen, die anscheinend ganz individuell sind. In solchem Falle muss man sich mit unvollständiger Correction für die Nähe, bei Vollcorrection für die Ferne, begnügen. Bifocale Gläser sind unter solchen Umständen zu empfehlen.

(Autoreferat.)

Nissen fragt, wie sich die Pat. im vorgerückten Alter dabei verhalten.

Blessig: Späterhin tritt eine Gewöhnung ein, und Pat. empfinden die Vollcorrection durchaus angenehm bis sie ins presbyopische Alter kommen.

Feldt meint, die Frage sei auch ethnologisch interessant. Die Deutschen seien z. B. bekannt als Brillenträger.

Blessig: Dass in Deutschland mehr Brillenträger vorhanden sind, liegt einerseits an einer grösseren Zahl von Myopen, andererseits aber machen die modernen Verhältnisse des gesteigerten Verkehrs die Brillencorrection notwendiger als hier zu Lande.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 31. Oktober (13. Nov.) 1907.

Anwesend 52 Mitglieder, als Gäste DDr. Brennson, Maximowitsch, Biehler, Mende, Wendel.

Pkt. I. Dr. von Holst. Demonstration einer traumatisch entstandenen Facialislähmung.

Der Herr, den Sie hier sehen, ist vor gerade 10 Wochen vierzehn Fuss tief hinab in einen Keller gestürzt, ohne die Besinnung völlig zu verlieren. Drei Tage lang war er somnolent und hatte sehr heftige Kopfschmerzen, spec. hinter dem linken Ohr, ferner litt er an Schwindel, Ohrensausen und erbrach einige Male. Am achten Tage nach dem Unfall trat eine völlige Lähmung der linken Gesichtshälfte auf, und etwa um dieselbe Zeit wurde Taubheit auf dem linken Ohr konstatirt.

Die bisherige Behandlung hat gegen diese beiden Folgezustände des Falles nichts vermocht.

Mir ist der Kranke heute überwiesen worden, und auf Grund der Anamnese und meines Untersuchungsbefundes nehme ich eine Basisfractur an, von der Facialis und Acusticus der linken Seite während ihres Verlaufes im Felsenbein betroffen sind. Trotz völliger Entartungsreaktion glaube ich an die Möglichkeit einer relativen Heilung, vor allem, weil der Eintritt der Facialislähmung acht Tage nach dem Trauma gegen eine Continuitätstrennung im Nervenstamm spricht, etwaige Blutungen, die einen Druck auf den Nerven ausüben, resorbiert werden können. Beiläufig sei noch bemerkt, dass die ohrenärztliche Untersuchung eine Blutung ins Mittelohr nachgewiesen hat.

Dr. Ed. Schwarz hat den Fall auch gesehen; die Symptome seien freilich alle auf Basisfractur beziehbar, eigentümlich bleibe die Pause von 8 Tagen vor der Lähmung, denkbar wäre seiner Meinung nach aber auch eine einseitige Blutung in den Stamm, die sich später ausgebreitet und die Kerne in Mitleidenschaft gezogen hat, dann sei die Prognose eine sehr trübe.

Dr. v. Krüdener: Nervenatrophien nach Anschlagen der Stirn an Türen, Schränke etc. entstehen meist durch Fracturen der Orbita und Fract., die durch den canalis optic. gehen. Die Sehstörung, oft am Anfang nicht vorhanden, bildet sich erst wenn der callus am Knochen sich bildet, oder durch die Blutung reactive Entzündung entsteht. Wie in dem von Dr. v. Holst angeführten Falle, sind die Symptome der Schädelfractur meist wenig ausgesprochen.

Pkt. II. Discussion über D. E. Schwarz's Vortrag — Stirnhirntumoren.

Dr. P. Klemm berichtet über 2 Fälle, die er selbst operiert hat. Im ersten bestand Aphasie, epilept. Zuckungen, hauptsächlich rechts ausgesprochen. Diagnose: links Tumor im Stirnhirn. Operation deckte ein vollständig diffuses Gliom im l. Stirnhirn auf, dessen Entfernung vollkommen aussichtslos war — Section bestätigte einen diff. gr. Tumor. Beim 2-ten Falle, 10 jähr. Mädchen, lautete die Diagnose auf Tumor im Kleinhirne. Die Operation ergab ein Gliom von unten her zwischen Kleinhirn und Hirnschenkel bis in d. l. Hemisphäre des Kleinhirnes, auch hier war an Entfernung nicht zu denken. Klemm hebt den Unterschied des Standpunktes des Chirurgen

von dem des Neurologen hervor, der erstere müsse sich nicht mit der Diagnosenstellung allein begnügen, sondern zugleich auch die praktische Frage der Operationsmöglichkeit überlegen resp. nachweisen, was unendlich viel schwieriger ist.

E. v. Bergmann habe 100 Fälle gesammelt, nur 2 seien operabel gewesen. Es käme neben der Tiefenausdehnung in d. Cortex oder Subcortex seine Grösse, und ob feste Grenzen vorhanden seien, in Frage. Exstirpierbar s. M. nach seinen Hirntumoren in d. motor. Region der vorderen und hinteren Centralwindung und im Kleinhirn. Die Forderung der Abgrenzbarkeit und des corticalen Sitzes lassen sich aber nicht genau feststellen.

Krämpfe in beschränktem Areale, später Lähmungserscheinungen in diesen Bezirken, dieses ist ein wesentliches Postulat, es treten aber störend hinzu die Fern- und Nachbarsymptome, wie Bruns hervorhebt.

Dr. Stender glaubt zur Symptomatologie der Stirnhirntumoren, die Dr. Ed. Schwarz in ausführlicher Weise geschildert hat, nichts hinzufügen zu müssen. Nur eine Tatsache möchte er betonen, nämlich den Umstand, dass bei Affectionen des Stirnhirns psychische Veränderungen häufiger in den Vordergrund treten als Dr. Schwarz anzunehmen geneigt sei. Redner hat in den letzten drei Jahren drei durch Section bestätigte Fälle von Tumoren des Stirnhirns beobachtet, die alle von wesentlicher Alteration der Psyche speciell von ausgesprochener Demenz begleitet waren. Es mag sich ja wohl um ein zufälliges Zusammentreffen gehandelt haben, auch weiss Redner sehr wohl, dass Autoren, unter anderen Bruns, darin nichts Charakteristisches für das in Frage kommende Krankheitsbild sehen wollen. Trotzdem möchte Redner die psychischen Veränderungen, welcher Art sie auch sein mögen, ob Psychosen im Sinne einer Manie, Melancholie oder einer Demenz mehr oder weniger hohen Grades, betont wissen, — ja in der Symptomatologie des Stirnhirntumoren an die erste Stelle setzen.

Als zweites wesentliches Symptom kämen Störungen in der Function der Nacken- und Rumpfmuskulatur in Betracht, wodurch häufig eine Unsicherheit des Ganges und der Körperhaltung bedingt wird, eine Unsicherheit, die an cerebellare Ataxie erinnert.

Alle übrigen bei Frontalhirntumoren vorkommenden Symptome seien unsicherer Natur und kämen gleichfalls bei Lokalisation der Tumoren in anderweitigen Hirnregionen vor.

Redner wolle weiter eindringlich die explorative Hirnpunktion zu diagnostischen Zwecken empfehlen. Der Eingriff als solcher sei unbedeutender Natur, namentlich wenn er von chirurgischer Hand ausgeübt würde. Diese Massnahme, nämlich die Vornahme des Eingriffs durch einen Chirurgen, dürfte weiteren unliebsamen Complikationen vorbeugen, wenn z. B. der Fall eintritt, dass vereiterte Cysticerken oder nicht vorhergesehene Abscesse punktiert werden, und so die Notwendigkeit eintritt, der Punktion umgehend die Trepanation anschliessen zu müssen. Die neuesten Erfahrungen sowohl aus der Pfeifferschen Klinik in Halle als auch aus der Neisserschen Klinik in Stettin bezüglich der Hirnpunktion seien in hohem Grade ermutigend. Ja sogar die räumliche Ausdehnung der Tumoren konnte an der Hand der Punktion festgestellt, ebenso in einigen Fällen die Frage gelöst werden, ob der betreffende Tumor exstirpierbar sei oder nicht. Weiter seien die Erfolge der Punktion bei Haematomen der Dura zu erwähnen, die Ventrikelpunktion bei Meningitis serosa. Die Punktion könne schliesslich ausschlaggebend wirken bei Processen, welche nicht deutlich in der rechten oder linken Hemisphäre lokalisiert werden können, wie es bei Affectionen des Stirnhirns und Kleinhirns vorkommt.

Auf Einzelheiten geht Redner nicht ein, glaubt jedoch, ohne persönlich Erfahrungen über die vorliegende Materie zu besitzen, auf Grund der neuesten Publikationen sowohl als auch auf der Basis der Discussion, die über dieses Thema auf dem Neurologencongress in Dresden im September dieses Jahres stattfand, die Hirnpunktion als diagnostisches Hilfsmittel bei der an und für sich schweren Diagnose der Hirntumoren aufs wärmste empfehlen zu müssen.

Dr. Theodor Schwartz möchte für einen chirurgischen Eingriff bei Hirntumoren doch mehr plaidieren als Dr. Klemm es zu tun scheint; allerdings muss auch er den Eingriff auf einige wenige Gebiete des Gehirns beschränken, wo seiner Ansicht nach überhaupt Hoffnung auf Erfolg durch Operation vorhanden ist, und es sind dies gerade diejenigen Gebiete, welche auch heute als operativ angegriffen, sowohl von Dr. E. Schw. als auch von Dr. Kl. berührt worden sind; Redner möchte letztere nicht als einen Zufall bezeichnen: es sind dies die Kleinhirn-Brückenwinkeltumoren und die der Centralwindungen. Was die Tumoren der I. Categorie betrifft, so sind gerade sie in letzter Zeit vielfach operiert worden, auch mit glücklichem Verlauf, so stellte z. B. Prof. Oppenheim in der Berl. Ges. für Psych. und Neur. (am 3. Mai 1907) 2 operierte Fälle vor und das Präparat von einem 3-ten Fall; der erste Fall ist genesen, der zweite mit Defect geheilt; der 3-te starb nach dem I. Act der Operation in Folge eines Unfalls, nämlich an Blutbrechen, woran er schon früher gelitten; Prof. Borchardt referierte im Anschluss an Oppenheim auf derselben Sitzung über 6 operierte Fälle von Kleinhirnbrückenwinkeltumor, von welchen 3 leben. ausser den 2 von Oppenheim demonstrierten noch ein Dritter. Prof. Ziehen erwähnte dann auf derselben Sitzung 7 Fälle von Operation wegen Kleinhirnbrückenwinkelgeschwulst, von denen einer günstig verlief. Sodann hat auf der Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens (4. Mai 1907) in Hannover Prof. Bruns über 2 Fälle derselben Art referiert, welche freilich beide starben, einer durch den Operationsshock und der andere 12 St. nach der Operation; doch ist zu bemerken, dass der Tumor beide mal in toto entfernt werden konnte, also ausschälbar war.

Die Wichtigkeit gerade der Tumoren dieser Gegend sieht Schwartz darin, dass ihre Symptomatologie eine bestimmte ist, dass sich die Diagnose präcise stellen lässt und dass die Tumoren sehr oft in toto entfernt werden können. Bei weiterer Ausbildung der Technik kann man also wohl noch bessere Resultate erwarten. Dr. Stender gegenüber möchte Theodor Schwartz betonen, dass doch immerhin Fälle von patholog. Zuständen (z. B. Verletzung) des Stirnhirns bekannt sind, wo psychische Ausfallsymptome gefehlt haben; er erwähnt eine Publikation von Veragutta und Cloetta (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 32, Heft 4—6), in der die Verfasser einen Fall schildern, in welchem das Stirnhirn einen wallnussgrossen Zertrümmerungsherd aufwies, und trotzdem fehlte jede Anomalie der Psyche, und trotz genannter Untersuchungen nach jeder Richtung konnten keine Defecte nachgewiesen werden; der Pat. zeigte wohl mancherlei körperliche pathol. Zustände, doch war die Psyche intakt. Ohne den Fall verallgemeinern zu wollen, möchte Schw. darauf hinweisen, dass starke patholog. Zustände im Stirnhirn möglich sind ohne psychische Ausfallsymptome.

Dr. P. Klemm: er stehe auf dem Standpunkte wie Vorredner, was die beiden Regionen des ev. Operationsfeldes betreffe, doch bleibe für ihn das Postulat der Grössenverhältnisse und der Abgrenzbarkeit bestehen, er stütze sich auf E. v. Bergmann, der auch immer engere Kreise für die Operationsfälle gezogen habe. Ueber d. Punktion des Hirnes habe er keine Erfahrungen.

Dr. A. von Bergmann: die Erfolge von Oppenheim und anderen sollen einen ermutigen, die Aussicht, einen Fall radikal zu operieren, sei ja sehr gering, es handele sich aber oft darum, bei total verlorenen Menschen Druckverhältnisse zu bessern, vorher ganz auszuschliessen sei ja die Operabilität auch nicht, also könne der Versuch gemacht werden, der besprochene Fall könne nicht als gesund gelten, er habe aber die unerträglichen Kopfschmerzen verloren. Die Symptome seien von Stender berührt worden, er möchte als Frühsymptom noch beginnende Demenz anführen, er habe nach Schussverletzung des Stirnhirnes Schwinden des Schamgefühles beobachtet.

Dr. Ed. Schwarz. Schlusswort:

Die Diagnose des Hirntumors sei möglich in 75 % aller Fälle. Es frage sich dann: 1) wo sitzt der Tumor? 2) Welcher Art ist er? schliesslich 3) wie gross ist er? Es zeigt sich, dass die Tumoren derjenigen Hirnteile, die am frühesten und sichersten eine Lokaldiagnose gestatten, auch diejenigen seien, die am leichtesten einer Operation zugänglich seien. Von den Tumoren mit sicherer Lokaldiagnose fielen für den chirurgischen Eingriff 53 % fort, weil unreichbar; soweit liessen einen Eingriff zu: 35%, und wenn man schliesslich alle diejenigen Tumoren noch abzieht, die erst bei der Operation Verhältnisse zeigten, die eine vollkommene Entfernung unmöglich machten — so bleiben nur 9 % übrig, die eine Heilung durch Operation ermöglichten.

Zur Heilung oder zu an Heilung grenzende Besserung seien 3—4 % geführt worden (Bruns). Die grössten Schwierigkeiten mache die Art-Diagnose des Tumors. Nur, wenn Processe am übrigen Körper vorhanden, die Schlüsse erlaubten, dürfe man sich eine Vorstellung von d. Art des Tumors bilden; so bei metastatischen Tumoren, bei Carcinom, Sarcom, Melanosarcom; bei vorhandenem Bandwurme könne man an einen Cysticercus denken; doch seien Cysticercen öfters beobachtet worden, ohne dass zugleich ein Bandwurm vorhanden gewesen sei. Die Art-Diagnose sei auch höchst selten zu stellen; scharf abgegrenzt seien Sarcome, Fibrome, Neurofibrome, Tubercel, Cysticercen und Ecchinococcen; diffus in die Umgebung übergreifend Gliome und Carcinome; es mache den Eindruck, als ob im Kleinhirnbrückenwinkel Neurofibrome am häufigsten vorkämen.

Die Neisser-Pollacksche Punktion sei nicht nur für den Ort, sondern auch für die Artdiagnose von grosser Wichtigkeit. Vortragender habe nur mit Hartmann (Graz) darauf hinweisen wollen, dass die Diagnose durch die Punktion nicht an Sorgfalt verlieren dürfe und dass sie in manchen Fällen mit Gefahr verbunden.

Bei der Beurteilung der Art der Wahrscheinlichkeit eine Rolle einzuräumen, gäbe oft Fehler; Vortragender habe ein-

mal gegen Lichtheim Recht behalten; es habe sich um einen Kleinhirntumor gehandelt — bei einem Kinde, den Lichtheim für einen tuberculösen angesprochen habe; die Sektion in Riga ergab ein Gliom. Vortragender habe, da Tbc. in der Familie nie beobachtet worden sei, die Diagnose auf einen nicht tuberculösen gestellt. Ob der Tumor cortical oder subcortical sässe, sei unmöglich zu unterscheiden.

Auch die Grösse des Tumors sei schwer zu beurteilen.

Zum Schluss macht Vortragender auf die von Nonne einerseits und Sacager andrerseits hingewiesenen Krankenbilder des Pseudotumors aufmerksam, die zu Fehldiagnose Veranlassung gegeben hätten. Ernst von Bergmann habe nach dem Referat von Bruns in 273 Fällen 16 Mal unnütz operiert; hier habe wohl das merkwürdige Bild des Pseudotumors fehlgeleitet; es kämen in Betracht die Tuberculose des Hirns und das Senium, die Allgemeinsymptome mit Ausfallsymptomen machten und Symptomenbilder erzeugten, die dem Tumorbilde sehr ähnlich sähen. Nähme man diese hinzu, so käme vielleicht 1 % Heilung für den Hirntumor durch Operation zu Tage; doch diese Fälle seien aus der Berechnung doch wohl auszuschliessen.

Dr. Hirschberg demonstriert einen 11-jährigen Knaben, dessen Schwester an Psoriasis leidet, er zeigt Zeichen von Hyperkeratose, Abschuppung am ganzen Körper. Die noch anhaftenden Schuppen sind teils kleienförmig, teils lamellös. Die übrige Haut am Körper ist trocken, scharf gefeldert, fettarm. Die Affection besteht seit der Geburt. Die Nasenspitze schwitzt. Die Poren sind punktförmig, bei Lupenvergrösserung unverändert.

Dr. v. Sengbusch.
d. Z. Secretär.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— An Stelle der bisherigen Provinzialärztetage (livländischer, estländischer, kurländischer Aerztetag) soll im nächsten Jahr ein Allgemeiner baltischer Aerztetag in Dorpat (Jurjew) stattfinden, zu dessen Vorsitzendem Prof. K. Dehio erwählt ist. Der Zeitpunct des Zusammentritts ist noch nicht festgesetzt.

— Wie bereits mitgeteilt, findet am 5.—7. December dieses Jahres der V. estländische Aerztetag in Reval statt. Indem wir die Herren Collegen nochmals daran erinnern, halten wir es für geboten, darauf hinzuweisen, dass eine möglichst rege Beteiligung an dem Aerztetage seitens der Petersburger wie der deutschen Aerzte Russlands überhaupt sehr erwünscht ist. Die Anmeldung von Vorträgen wird von Dr. von Wistinghausen — Reval, Grosse Rosenkranzstrasse 11 — bis zum 10. November entgegengenommen.

— Der 8. Congress Russischer Chirurgen findet am 19.—22. Dec. d. Jh. in Moskau statt. Folgende Programmfragen sind in Aussicht genommen: 1) die chirurgische Behandlung der Hypertrophie und der Neubildungen der Prostata. Referent. Prof. S. Fedorow-St. Petersburg. Correferenten: B. Cholzow-Petersburg, P. Herzen-Moskau und S. Maraschew-Odessa. 2) Die Chirurgie der vorderen Bauchwand: a) Bauchschnitt, b) Diastase der M. m. recti, 3) Hernien (ausser Inguinalhernien) und d) die Plastik der vorderen Bauchwand. Referent Prof. P. Djakonow-Moskau, Correferenten: A. Bakunin-Moskau, Prof. N. Wolkowitsch-Kiew. Priv.-Doc. N. Napalkow-Moskau, Prof. M. Subotin-St. Petersburg. Die Vorträge müssen bis zum 25. November dem Vorsitzenden, Prof. F. A. Rein-Moskau, Pljuschtschicha, Neopalimowskij Pereulok, Haus Kolbe — angemeldet werden. Die Dauer eines Vortrags ist auf 15 Minuten, die der einzelnen Discussion auf 5 Minuten bemessen. Die Mitgliedsbeiträge (8 Rbl. pro Jahr oder 100 Rbl. lebenslänglich) sind an den Cassirer, Dr. F. Bereskin-Moskau, Jausski-Hospital, zu richten.

— Anfang März 1909 wird in Berlin der 30. Congress für Balneologie unter dem Vorsitze von Prof. Brieger stattfinden. Vorträge sind bei dem Generalsecretär der Balneologischen Gesellschaft, Dr. Brock-Berlin Thomasiusstrasse 24 — anzumelden.

— St. Petersburg. Obwohl im Ganzen die Cholera-epidemie eine deutliche Tendenz zur Abnahme zeigt, schwankt doch die Zahl der Erkrankungen in der letzten Zeit zwischen 15 und 30, und es ist nicht abzusehen, wann die Krankheit ganz schwinden wird. Vom 27. bis zum 28. October erkrankten 21 Personen, starben 2, genasen 13, in Behandlung verblieben 222. Solange wenn auch vereinzelte Erkrankungen stattfinden, muss man immer noch die Möglichkeit eines Aufflackerns der Epidemie im Auge behalten, und es wäre jedenfalls unangebracht, sich allzu optimistischen Hoffnungen hinzugeben in Anbetracht des antisanitären Zustandes der Residenz.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Vom Beginn der Epidemie Starben
vom 19. bis 25. Oct.					
St. Petersburg mit den Vorstädten	103	44	24. Aug.	7803	3236
vom 18. bis 24. Oct.					
Stadt Kronstadt	5	2	31. Aug.	207	90
Gouv. St. Petersburg	7	4	27. »	366	159
» Archangelsk	12	2	21. Sept.	126	58
» Minsk	2	—	8. »	55	27
» Livland	1	—	11. »	35	19
vom 17. bis 23. Oct.					
» Saratow	48	22	8. Juli	1634	914
» Samara	5	—	8. »	1435	661
» Twerj	2	2	10. Aug.	84	42
» Ufa	1	—	28. Juli	57	25
» Pskow	1	—	30. Aug.	30	21
» Kiew	3	—	12. »	772	250
» Jekaterinoslaw	31	16	3. »	1073	534
Gouv. Taurien	4	—	13. »	116	69
Stadthauptmannschaft Kertsch-Jenikale	—	1	13. »	108	57
Gebiet der Don-Kosaken	29	15	22. Juli	2817	1337
Kuban-Gebiet	92	49	26. »	1608	901
Terek-Gebiet	76	49	13. Aug.	392	205
Stadthauptmannschaft Baku	2	1	25. Juli	234	127
Gouv. Jelisawetpol	9	7	30. Aug.	456	271
» Tiflis	7	—	6. »	220	120
Gebiet Akmolinsk	23	13	29. »	162	70
Gouv. Tomsk	33	18	14. Sept.	376	205
Fergana-Gebiet	3	3	24. »	11	7
Gebiet Semipalatinsk	1	1	27. »	14	7
Im Ganzen	500	249		20191	9412

Rechnet man die Ortschaften hinzu, in denen die Cholera erloschen ist, so ergiebt sich für die Erkrankten seit Beginn der Epidemie die Zahl 27030, für die Gestorbenen 12767. — Die Gouvernements Witebsk, Wladimir, Kursk, Smolensk, Charkow, Rjasan und Perm sind bereits für cholerafrei erklärt. Im Astrachanschen Gouv. fanden seit dem 17. Oct. auch keine Erkrankungen mehr statt.

— Verbreitung der Cholera und Pest: a) Cholera. In Calcutta wurden vom 13. bis 19. Sept. 5 Todesfälle an Cholera registriert — b) Pest: In der Prov. Girgeh — Aegypten erkrankten vom 9. bis 16. Oct. 7 Personen, starben 6. — Britisch-Ostindien: In ganz Indien erkrankten vom 13. bis 19. Sept. 2742 Personen und starben 1979. — Auf der Insel Mauritius erkrankten vom 7. Aug. bis 3. Sept. 9 Personen, starben 7. — Venezuela. Sporadische Pestfälle kamen in Caracas vor.

— Jena. Der Prof. der Gynaecologie Bernhard Schultze beging am 19. Oct. sein 50-jähriges Jubiläum als Professor (Münch. med. Wochenschr. Nr. 44).

— In Pernau ist das Stadtkrankenhaus niedergebrannt. Von den Kranken soll niemand hierbei Schaden genommen haben.

— Gestorben. Dr. Nadeshda Gorjanskaja, geb. 1854, Aerztin seit 1887.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 11. Nov. 1908.

Tagesordnung: 1) Wichert: Operative Behandlung der chronischen abscedierenden Prostatitis.
2) Moritz: Ueber malignes Granulom des lymphatischen Apparates.
3) Beschlussfassung betreffs der Bibliothekfrage.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 17. Nov. 1908.

Tagesordnung: Albanus: Ueber Cholera.



Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup

„CALIFIG“

(Name gesetzlich geschützt)

ist ein längst bekanntes, erprobtes, unschädliches, wohlschmeckendes Laxativ, welches infolge seiner sicheren und milden Wirkung die Aerzte in ihren Erwartungen niemals täuscht. (27) 0—14.

Besonders geeignet für die Frauen- und Kinder-Praxis.
Gebrauchsanweisung ist jeder Flasche beigefügt.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herren Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau . . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau . . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.



Bei **VERDAUUNGS-STÖRUNGEN** sind

Abführungs-Pillen „ARA“

einzunehmen. (74) 0—9.

Schachtel 95 Kop.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung **ganz umsonst versandt.**

Dr. Emmerich's Sanatorium B. Baden Gegr. 1890

für Nerven-, Morphium- etc. Alkohol-Kranke.

Mildeste Form d. Morph. Entz. ohne Zwang unter sof. Wegfall der Spritze i. 4—6 Woch. Alkohol-Entwöhn. n. erpr. Verfahr. Prosp. kostenl. 2 Ärzte. Bes. u. dir. Arzt Dr. A. Meyer.

DAVOS, HOTEL NATIONAL.

Neuerbautes Haus in bester sonniger Lage, mit Zentralheizung; Litt, elektr. Licht. Schöne Liegehallen.

Beste Verpflegung bei mässigen Preisen.

(110) 6—4. Fam. Branger, Propr.

REIBOLDSGRUEN

700 m. über dem Meere

im Sächsischen Vogtland. — Bahnstation Auerbach.

Heilanstalt für Lungenkranke.

Behandelnde Aerzte: Hofrat Dr. **Wolff**, Dr. **Sobotta** und Dr. **Baer**.

Herrliche abgeschlossene Lage inmitten von Fichtenwaldungen. Special. Kehlkopfbehandlung.

Entfernung von: Berlin 6 Stunden.
Dresden 4 Stunden.
Karlsbad 3 Stunden.

(114) 26—9.

Ich habe in der Apostel-Paulusstrasse 12, eine

eigene Privatklinik

für das Gesamtgebiet der Urologie,

mit besonderer Berücksichtigung der **chirurgischen Urologie** (Operationen an Niere, Blase, Prostata, Harnröhre etc.) eröffnet.

Aufnahme in 3 Klassen. Prospekt zur Verfügung.

(125) 3—3. Dr. **A. Freudenberg** (Berlin).

NERVI an der REVIERA

Dr. J. Kramer aus Riga,

gew. Assistent von Geh. Prof. **Ewald**-Berlin und Prof. **Kafemann**-Königsberg praktiziert im Winterkurort

Nervi bei Genua.

(128) 15—1.

Dr. med. LUDWIG BRAUN

(**Wien**),

ordiniert vom 8./10.—1./5. in

Rapallo

(Winterkurort an der italienischen Rieviera. 45 Minuten Bahnfahrt von Genua entferat).

Adresse: Rapallo bei Genua.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Pathologisch-anatomische

Diagnostik

nebst Anleitung zur Ausführung von Obductionen sowie von pathologisch-histologische Untersuchungen von Geh.-Rat Prof. Dr. **Joh. Orth.**

Siebente durchgesehene und vermehrte Auflage.

1909. gr. 8. Mit 438 Textfiguaen. 16 M.

MUIRACITHIN

hervorragend wirksames Mittel

gegen IMPOTENZ

sowie alle neurasthenische Leiden, Kräftigung des Erectionscentrums, Besserung nervöser Allgemeinerscheinungen, Stärkung des Herzens. Vorzügliches Nerventonicum.

NORIDAL

Suppositorien

Mittel gegen Hämorrhoiden

Blutungen, Pruritus, Tenesmus, Mastdarmkatarrh, Schrunden und Wundsein der Analgegend, schmerzhafte Stuhlentleerung.

Best.: Calc. chlorat. Calc. jod. Bals. peruv.

Physiologisch und klinisch eingehend erprobt

Wirkung ohne irgend welche Sekundär-Erscheinungen.

Literatur:

Geh. Med.-Rat Prof. Eulenburg, Berlin; Pawloff, St. Petersburg; Wiedemann, St. Petersburg; Fürbringer, Berlin; Hirsch, St. Petersburg; Holländer, Berlin; Posner, Berlin; Rebourgeon, Paris; Goll, Zürich; Popper, Igls bei Senator; Hirsch, Kudowa; Steinsberg, Franzensbad; Waitz, Paris, Wright, London; Piliver, Odessa; Fürth, Dervent; Quastler, Wien.

Literatur:

Prof. Boas, Berlin; Kehr, Halberstadt; Pickardt, Berlin; Weiss, Berlin; Sandberg, Berlin; Zibell, München; Wright, London; Silvestri, Rom, Dawson, London.

CASTOREUM-BROMID-WEIGERT

Specificum bei Kopf und nervösen Schmerzen, Schlaflosigkeit, Herz- und Magenerkrankungen auf nervöser Grundlage, Krämpfen und nervösen Zuckungen im Kindesalter, epileptischen und hysterischen Zuständen.

Empfohlen von Prof. **Eulenburg**, Berlin.

Caseoferrin Weigert

Neues Eisenpräparat, stärkender und wirkender Prozess bei Darmfunktionen; wird gebraucht bei Blutarmut, Verdauungsstörungen, Schwäche, Ansträngung des Organismus, bei schwacher Darmfunktion und Appetitlosigkeit.

(118) 0—3. **Literatur von Präparaten allen gratis und franco.**

Kontor Chemischer Präparate St. Petersburg, Newski Pr., 28, Haus Singer.

PRODUKTE aus den NATÜRLICHEN dem Wasser entzogenen SALZEN

VICHY-ÉTAT **VICHY** VICHY-ÉTAT

DIE QUELLEN GEHÖREN DER FRANZÖSISCHEN REGIERUNG

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Pastillen nach dem Essen fördern die Verdauung.

SEL VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Verdauungs-Wassers

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Alkalisch-brausenden Wassers.

SEL *und* COMPRIMÉS *müssen in gekochtem, abgekühltem Wasser aufgelöst werden.*

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts: **H. Bierstümpfel, Warschau**; Gesellschaft **W. K. Ferrein, Moskau**; Handelsgesellschaft **J. Mandel & Co., Wladiwostok**; Handelsgesellschaft **S. B. Segall, Wilna und Odessa**; Handelsgesellschaft **S. Lemmé & Co., Odess**; Kaukasische Pharmac. Handelsgesellsch. **Philipp Kaplan & Söhne, Taschkent**; Russ. Pharmac. Handelsges. **St. Petersburg und Charkow**; Russ. Gesellsch. f. Kolonialhdl, **Rostow a./Don und Odessa**; **B. Schaskolsky, St. Petersburg**; **Paul Seebode, Riga**; **Südruss.** Pharmac. Handelsges. **Kiew**; **Waldecker & Poeppel, Wladiwostok.**

Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16.

(4) —68.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend. Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate sind ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **F. Dörbeck** in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 45 St. Petersburg, den 8. (21.) November. 1908.

Zur Gonorrhoetherapie.

Von

Dr. Arthur Berg.

Arzt für Haut- und Harnleiden in Riga.

Die Gonorrhoe ist die verbreitetste Krankheit in allen Culturstaaten. Es braucht nicht erwähnt zu werden, dass die Folgen dieser Erkrankung unberechenbare sind, dass viele Patienten durch hinzutretende Complicationen bleibend und dauernd fürs Leben geschädigt werden; es braucht auch nicht erwähnt zu werden, dass durch das Hineintragen dieser Krankheit in die Ehe das Glück vieler Familien zu Grabe getragen wird; das sind allen Aerzten bekannte Tatsachen. Und weil sie in ihrer Schrecklichkeit allen bekannt sind, müssen wir bestrebt sein, den Gonorrhoikern die grösste Aufmerksamkeit und Sorgfalt in der Behandlung zu Teil werden zu lassen. Da der grössere Teil dieser Kranken von practischen Aerzten und nicht von Specialisten behandelt wird, so müssen wir in Fällen, wo die übliche Therapie mit den Injectionen im Stiche lässt, d. h. die Gonococcen nicht zum Schwinden gebracht werden können, nach Methoden suchen, die möglichst sicher im Erfolge und vor allen Dingen für jeden Arzt leicht ausführbar sind. Die intraurethrale Behandlung mit Spüldehnern, Dilatatorien, Electrolyse und Galvanocaustik kann nicht Gemeingut der Aerzte werden, weil ausser kostspieligen Apparaten ein gewisses Maass von Geschick und Uebung vorausgesetzt werden muss.

Ich möchte hier nun, gestützt auf eine mehr als 4-jährige Erfahrung, den Herrn Collegen eine Methode empfehlen, die mir gute Dienste geleistet hat und einer grossen Zahl von Patienten in verhältnismässig kurzer Zeit zu dauernder Heilung verholfen hat.

Ich bediene mich in Fällen, wo die Gonococcen in einer gewissen Zeit der üblichen Therapie mit Injectionen, Janetschen Spülungen etc. nicht weichen wollen, der Kutnerschen Druckspülungen und zwar mit heissen Arg. nitric.-lösungen in der Concentration von 1:1000—1:150 allmählich ansteigend.

Dr. A. Schwenk, Assistent der Kutnerschen Poliklinik in Berlin beschreibt in seiner Monographie „über die Behandlung der chron. Gonorrhoe im Jahre 1903» die Druckspülungen folgenderweise:

Man führt einen kurzen Urethral-Nelatoncatheter ca. 4 cm. in die Harnröhre ein und nimmt dann die Harnröhrenspülung mittelst einer Handdruckspritze, welche ca. 100—125 g Inhalt hat, in folgenden 3 Phasen vor: 1) leichtes Comprimieren der urethra um den Nelaton. 2) Kurze und schnelle (gleichsam ruckartige) Injection einer kleinen Menge unter energischem Druck (Zurückprallen der Flüssigkeit vom Sphincter). 3) Aufhören des Injectionsdruckes und infolge Oeffnens des Verschlusses der urethra, Abfluss der Flüssigkeit.

Hierbei wirkt die Druckspülung 1) mechanisch in doppelter Weise, und zwar indem sie alle Schleimteilchen gründlichst herausspült und gleichzeitig einen intensiven Seitendruck auf die Wandungen der urethra ausübt; ferner wirkt sie b) chemisch, indem sie in unbedingt sicherer Weise die Flüssigkeit und das in ihr enthaltene Medicament mit jeder Stelle des Innenraumes in innigsten Contact bringt. Der therapeutische Wert der Druckspülung der pars anterior ist deshalb eben ein so grosser, weil die Flüssigkeit, die Falten der Schleimhaut zum Verstreichen bringend, überall hindringt auch

in die lacunae Morgagni hinein, deren Miterkrankung häufig die hauptsächlichste Veranlassung für die Fortdauer des Processes bildet".

Die von Schwenk publicierten Fälle scheinen in Bezug auf die Behandlung der Gonococcenurethritis unter den Aerzten keine Nachahmung gefunden zu haben. Jedenfalls sind mir, soweit ich die Literatur habe verfolgen können, keine diesbezüglichen Veröffentlichungen von anderer Seite bekannt. Der Grund mag wol darin zu suchen sein, dass 1) unter den in der Monographie bekannt gegebenen 30 Fällen von chron. urethritis sich nur 7 Gonococcenurethritiden befanden, also eine kleine Zahl, 2) keine näheren Angaben über die Stärke der Arg. nitric.lösung und die Anzahl der Spülungen gemacht waren und 3) die durchschnittliche Behandlungsdauer ca. 3 Monate betrug.

In dieser Form schien die vogeschlagene Therapie für die Praxis nicht brauchbar zu sein. Ich habe nun diese Kutnerschen Druckspülungen dahin modificiert, dass ich den Catheter bis zum bulbus einführe. Durch Contact des Catheters mit dem Sphincter ext. schliesst sich derselbe reflectorisch und verhindert das Eindringen des Medicamentes in die pars posterior; 2) lasse ich denselben vor der Waschung in der urethra 3—5 Minuten liegen; 3 erwärme ich die Arg.-lösung auf 57° C. und nehme 4) die Druckspülung jeden 2. Tag vor, in Summa 10 Mal, so dass die Cur in 19 Tagen beendet ist, und zwar bediene ich mich am 1. Tage einer Arg.-lösung von 1:1000, am 3. Tage einer von 1:600, am 5. Tage 1:400, am 7. Tage 1:200, am 9., 11., 13., 15., 17. und 19. Tage einer Lösung von 1:150.

Zu den 4 ersten Spülungen nehme ich ein Quantum von 120 Gramm und zu den übrigen 105 Gramm.

Daneben lasse ich die Patienten zu Hause eine Kali hyperm.-lösung 1:4000—1:1000 allmählich ansteigend injicieren; an dem Tage der Druckspülung 2 Mal, und zwar nicht früher als 8 Stunden nach dem Eingriff und am freien Tage 4 Mal täglich. Vor Beginn der Cur lasse ich bei bestehender stärkerer Secretion 1—2 Tage Kali hyperm. zu Hause spritzen.

Dieses ist die Methode, derer ich mich im gegebenen Falle bediene.

Ich behandle die acute Gonorrhoea anterior, ausgenommen die peracuten Fälle, gleich zu Beginn mit den üblichen Injectionsmitteln. Mit der Entdeckung des Gonococcus durch Neisser ist die Gonorrhoetherapie in eine neue Phase getreten. Auf Grund des Studiums der biologischen und pathogenen Eigenschaften des Gonococcus und der pathol.-anatom. Veränderungen der Urethralschleimhaut ist die locale antiseptische Behandlung der Gonorrhoe durch Neisser und seine Schüler begründet worden. Bei unseren Heilbestrebungen haben wir auf die natürlichen Schutzmittel des Organismus Rücksicht zu nehmen. Die acute entzündliche Hyperaemie, das Abwehrmittel der Natur, soll nicht, so lange Gonococcen vorhanden sind, bekämpft werden. An diese theoretische Auffassung der Entzündung als eines reparatorischen und zweckmässigen Vorganges lassen sich auch gewisse therapeutische Vorschläge anknüpfen. Wir sollen Mittel wählen, die antiseptische Kraft besitzen und dabei die entzündliche Hyperaemie nicht angreifen. Solche Mittel sind die reinen Antiseptica, wie Protargol, Albargin, Argonin etc. Sind die Gonococcen geschwunden, dann können wir die noch restierende Entzündung, die ihre Schuldigkeit bei der Vernichtung der Gonococcen bereits getan hat, durch die Anwendung von reinen Adstringentien, wie Zink. sulf., Plumb. acet. etc., bekämpfen.

Welches Antisepticum man wählt, ist gleichgültig. Die modernen Antigonorrhoica, die eine Silbereiweissverbindung darstellen, wie Protorgal, Albargin etc., sollten laut theoretischer Calculation tiefer in die Gewebe eindringen, weil das Arg. nitr., an Eiweiss schon gebunden, vom Körpereiweiss nicht mehr gefällt werden sollte.

Die Praxis hat diese Erwägungen in Bezug auf den Heilerfolg nicht bestätigen können. Wichtig ist die Wahl der richtigen Concentration des verschriebenen Mittels, die von dem Grade der bestehenden Entzündung abhängig zu machen ist. Je heftiger die Entzündung der Schleimhaut, desto schwächer wähle man die Injectionsflüssigkeit, um nicht die Hyperaemie excessiv zu steigern und damit die Gewebe zu schädigen; andererseits verordne man bei geringen endzündlichen Erscheinungen das Medicament in stärkere Concentration, um die für die Heilung nötige Hyperaemie anzuregen.

Zum Verständnis der Therapie muss über die Biologie des Gonococcus und die pathol. Anatomie der Gonorrhoe folgendes vorausgeschickt werden.

Sobald die Gonococcen auf die Urethralschleimhaut gelangen, beginnen sie, sich zu vermehren und auszubreiten und in Form von Rasen vorzuschieben. Ist die fossa navicularis überschritten und sind sie auf die mit Cylinderepithel bekleidete pars pendula übergegangen, so wachsen sie nicht nur auf der Oberfläche weiter, sondern dringen auch zwischen den Epithelzellen ein, vermehren sich in den interepithelialen Räumen und gelangen allmählich, die Schleimhaut passierend, ins subepitheliale Bindegewebe. Hier rufen sie eine entzündliche Reaction hervor, die sich in einer Erweiterung der Blutgefässe und reichlicher Diapedese von Leucocyten äussert. Die Leucocyten wandern zwischen den Epithelzellen hindurch und gelangen mit Gonococcen beladen — Phagocytose Metschnikoff — in die Schleimhautoberfläche.

Im subepithelialen Bindegewebe macht der Process nicht immer Halt, sondern es dringen die Gonococcen oft noch tiefer längs den Drüsen ins corpus cavernosum und setzen auch dort ebenso wie im subepithelialen Bindegewebe ein kleinzelliges Infiltrat. Die Morgagnischen Lacunen und Littréschen Drüsen, in welche die Gonococcen auch hineinwandern, nehmen an der Entzündung besonders lebhaften Anteil.

Diese kleinzelligen Infiltrate haben die Tendenz, in schrumpfendes Bindegewebe überzugehen und im Laufe der Zeit zu Schwielenbildung zu führen.

Berücksichtigen wir die Ergebnisse dieser pathol.-anatom. Forschungen, so wird uns klar, dass wir mit unseren Arzneimitteln nicht im Stande sind, die Gonococcen überall dort anzugreifen, wohin sie gelangt sind. Wir können mit den Injectionsflüssigkeiten doch nur die Gonococcen töten, die auf der Schleimhaut oder in den oberen Epithelschichten derselben liegen, wir können jedoch keineswegs erwarten, dass das Medicament in die Krypten und Drüsen gelangt, noch weniger, dass es die Schleimhaut durchdringt und die Gonococcen vernichtet. Wildbolz fand allerdings Silberdepositen in den Urethraldrüsen bei Injectionen von Arg.-lösungen in die urethra von Kaninchen. Ob aber in der entzündeten urethra die Drüsengänge sich injicieren lassen, ist doch mehr als fraglich. Es ist eher anzunehmen, dass die in ihrem Lumen liegenden Eiterkörperchen und abgestossenen Epithelien den Lösungen den Eintritt in die Drüsengänge verwehren.

Die üblichen Injectionen sind nur insoweit rationell, als sie die fürs Medicament erreichbaren Gonococcen abtöten und weiteren Infectionen der noch gesund gebliebenen Partien der urethra vorbeugen.

Hat der Patient 4—5 Wochen hindurch regelmässig gespritzt, so unterbricht man die Behandlung und bestellt ihn nach 3 Tagen mit dem Nachturin zu einer Untersuchung des eventuell sich zeigenden Ausflusses. Die Untersuchung auf Gonococcen unter der Behandlung

hat keinen Zweck, da ein wiederholt negativer Befund noch lange nicht die Abwesenheit der Gonococcen garantiert.

Massgebend ist nur die mikroskopische Untersuchung nach Sistierung der Injectionen. Da die Gonorrhoe erfahrungsgemäss, von Ausnahmen abgesehen, nicht vor 4—5 Wochen ausheilt, so lasse ich die Injectionen vor Ablauf dieser Zeit nicht abbrechen.

Stellt sich nun Patient 3 Tage nach eingestellter Behandlung vor, so können 3 Möglichkeiten vorliegen.

1) Es zeigt sich überhaupt kein Secret mehr, dasselbe tritt auch nach der Alcoholprobe nicht mehr auf, dann ist Genesung eingetreten.

2) Das orificium urethrae ist verklebt, es ist ein schleimiger Tropfen ausdrückbar, indem sich keine Gonococcen nachweisen lassen, sondern nur Schleim, Epithel und Eiterkörperchen in geringer Zahl, also ein sog. Nachcatarrh. Diesen behandelt man dann weiter mit Adstringentien.

3) Ist wieder ein rein eitriger Ausfluss da, der reichlich Gonococcen führt. Wir müssen annehmen, dass die Gonococcen hier in der Tiefe des Gewebes und in den Drüsen verborgen liegen und die Entzündung der Schleimhaut unterhalten.

Wie haben wir jetzt vorzugehen? Sollen wir eine Behandlung, die uns durch eine so lange Zeit im Stich gelassen hat, wieder fortsetzen? Die Erfahrung lehrt, dass eine acute Gonorrhoe, die in 4—5 Wochen nicht abheilt, bei Fortsetzung der üblichen Injectionsbehandlung unter Umständen einer unberechenbar langen Zeit zur Ausheilung bedarf; es können Monate, es können auch viele Jahre bis zum Schwinden der Gonococcen vergehen. Wir müssen uns sagen, dass die bisher geübte Therapie mit den Einspritzungen nicht im Stande war, die Krankheitskeime zu erreichen und zu vernichten, und müssen daher nicht das Medicament, sondern die Methode der Behandlung wechseln.

Da wir einerseits von einem chem. Mittel billigerweise nur erwarten können, dass es die G.-C. dort vernichtet, wo es sie antrifft, wir anderseits wissen, dass die G.-C. häufig dort sitzen, wo wir mit dem Medicament niemals hingelangen können, wie z. B. in die Morgagnischen Lacunen, Littréschen Drüsen und das subepitheliale Bindegewebe, so dürfen wir uns keinen Illusionen hingeben und dürfen auch von der Zukunft nicht erwarten, dass sie uns ein Medicament bringt, das im Stande wäre, die G.-C. in allen Schlupfwinkeln zu erreichen. Es vergeht kein Jahr, in dem nicht neue Antigonorrhoica angepriesen würden; sie leisten jedoch nicht mehr wie die Vorgänger und fallen bald der Vergessenheit anheim.

Aus diesem Grunde müssen wir uns vom Gebrauch der chem. Mittel, soweit es angeht, unabhängig machen und uns Heilmethoden zuwenden, die die G.-C. nicht direct sondern indirect angreifen, indem sie die dem Körper innewohnenden Schutz und Heilkräfte — das Blutserum und die Leucocyten — gegen sie mobil machen. Das Blutserum besitzt bekanntlich bactericide Eigenschaften, und die Leucocyten vernichten die Bacterien teils durch Phagocytose, teils durch Ausscheidung von Bacteriengiften, den sog. Alexinen.

Wir wissen, dass eine Gonorrhoe ohne jegliche Therapie ausheilen kann. Wie hilft sich die Natur? Was beobachten wir für einen Vorgang? Wir sehen, dass die Natur auf die ins Gewebe eingedrungenen G.-C. mit Hyperaemie und Eiterung, also einer örtlichen Leucocytose antwortet. Es wird den vordringenden G. C. eine Schaar von Leucocyten entgegengesandt, welche die eindringenden Feinde teils herausdrängen und herausschwemmen, teils durch Phagocytose in der Entwicklung hemmen, resp. vernichten.

Es müssen also Hyperaemie und Exsudation als natürliche Schutzvorrichtungen des Organismus betrachtet werden.

Die Anschauung, dass Blut und Säfte Krankheiten heilen und dass mit dem Eiter die schädlichen Stoffe aus dem Körper entfernt würden, hat in unbestimmter Form die Aerzte schon lange beschäftigt. Erst Bier verdanken wir die wissenschaftliche Begründung und das Populärwerden dieser Ansichten.

Derselbe sagt: „deshalb ist es auch nur eine Nachahmung eines natürlichen Heilungsvorganges, wenn wir gegen gewisse bacterielle Erkrankungen die schon vorhandene Hyperaemie verstärken und besonders sie da einleiten, wo sie nicht genügend vorhanden ist. Dann ist es theoretisch wohl denkbar, dass die Natur hier häufig nicht genug leistet.

Wir können uns ungezwungen vorstellen, dass gewisse bacterielle Krankheiten nur deshalb so hartnäckig und chron. sind, weil ihre Erreger nicht den nötigen Entzündungsreiz abgeben, welcher erst die heilenden Kräfte des Körpers entfesselt, und dass wir hier durch künstliche Nachhilfe die Natur wirksam unterstützen können".

Wir müssen uns sagen, dass dort, wo die Gonorrhoe chron. zu werden beginnt, die Natur nicht im Stande gewesen ist, den eingedrungenen G.-C. mit der zu ihrer Vernichtung nötigen Hyperaemie und Exsudation zu antworten, und wir dieselbe in dieser Richtung durch unser therapeutisches Handeln zu unterstützen haben.

Besitzen wir nun Heilmittel, die, richtig angewandt, den Vorgang der Naturheilung nachzuahmen im Stande wären? Uns sind solche chemisch-physicalischer und mechanischer Natur bekannt.

Unter den chem. würde obenan das Arg. nitric. stehen. Finger konnte bei seinen experimentellen Untersuchungen feststellen, dass 10% Arg. nitric.-lösungen stark in die Urethralwand von Hunden eindringen, 5 % schon bedeutend weniger und 1/2 % Lösungen nur eine sehr oberflächliche Wirkung aufs Gewebe entfalten.

Casper injicierte Tieren in die urethra 2 % Arg. nitric.-lösungen und konnte in den ersten Tagen eine intensive kleinzellige Infiltration im subepithelialen Bindegewebe nachweisen, die nach ca. 8 Tagen bis auf ganz geringe Spuren verschwunden war. Aus seinen Untersuchungen zieht Casper den Schluss, dass starke Arg.lösungen eine ausgesprochene Tiefenwirkung entfalten, indem sie zu vorübergehender, örtlicher Leucocytose in den tieferen Schichten der mucosa und im submucösen Gewebe führen.

Ebenso fand Wildbalz eine Infiltration des subepithelialen Gewebes nach Injection starker Arg.-lösungen in die urethra.

Aus diesen Untersuchungen geht hervor, dass wir uns starker Arg.-lösungen zu bedienen haben, wenn wir eine Tiefenwirkung auf Erzeugung einer localen Leucocytose erzielen wollen. Ich gehe daher bei den Druckspülungen in der Concentration der Arg.-lösungen von $^1/_{10}$—$^1/_2$—$^3/_4$ % hinauf.

Unter den physikal. bedienen wir uns der Wärme zur Erzielung desselben Effectes. Je höhere Temperaturen wir in Anwendung bringen können, eine um so stärkere Tiefenwirkung haben wir zu erwarten. Ich erwärme deshalb die Spülflüssigkeit bis an die Grenze des noch ohne Beschwerde Erträglichen, d. i. 57° C. Diese Temperatur verursacht dem Patienten keine Unbequemlichkeiten. Obgleich die aus der urethra abfliessende Lösung vom Finger als unangenehm heiss empfunden wird, verträgt die urethra diese Temperatur auffallend gut. Die Anwendung von Anaestheticis ist niemals nötig geworden.

Abgesehen von der hyperaemisierenden Heilwirkung greifen wir den G.-C. durch die Wärme auch direct an. Wir wissen, dass derselbe gegen höhere Temperaturen überaus empfindlich ist. Bei 40° C. stirbt er in 6 Stunden ab. Wir sehen auch eine acute Gonorrhoe bei länger dauernden intercurrenten fieberhaftn Krankheiten schwinden. Nach Fingers Untersuchungen schlagen Impfungen mit G.-C. Reinculturen bei hochgradig, zwischen 39 und 40°, fiebernden Menschen fehl.

Ausser diesem eben erwähnten chemisch-physikalischen Heilmittel besitzen wir in der Druckspülung ein mechanisches von ähnlicher Wirkung. Die Hyperaemisierung der Schleimhaut erfolgt hier dadurch, dass auf die in Folge der starken Dehnung der urethra eintretende Anaemie bei plötzlichem Nachlassen des Druckes eine Hyperaemie durch das mit vermehrter Kraft zurückströmende Blut folgt.

Ausserdem ist uns bekannt, dass der Contact eines Instrumentes mit der Schleimhaut der urethra eine Blutüberfüllung und Oedemisierung derselben zu erzeugen im Stande ist. Am deutlichsten sehen wir das bei der Behandlung von Stricturen, wo die blosse Berührung derselben mit einer Sonde oder Bougie eine Durchfeuchtung und Auflockerung der stricturierten Stelle zu Wege bringt.

Ich lasse daher den Catheter vor der Spülung ca. 3—5 Minuten in der urethra liegen.

Combinieren wir nun diese 3 eben erwähnten Mittel zu den vorhin erwähnten Druckspülungen mit heissen Arg.-lösungen, so besitzen wir in ihnen ein mächtiges Rüstzeug im Kampfe gegen die G.-C.

Ich bediene mich dieser Methode seit dem Jahre 1904 und habe innerhalb dieser 4 Jahre jede chron. Gonococcenurethritis, unabhängig von ihrer Dauer, und jede acute Gonorrhoe, bei der die G.-C. nach Verlauf von 4—5 Wochen nicht geschwunden waren, mit den oben erwähnten Druckspülungen behandelt.

Diese Therapie ist statthaft bei in beiden Portionen klarem Urin oder bei I trüb, II klar, d. h. wenn eine uretritis ant. vorliegt oder auch eine urethritis post. mässigen Grades. Letztere wurde unberücksichtigt gelassen, sie verschwand während der Dauer der Druckspülungen spontan oder bei einer Complication mit chron. Prostatitis unter gleichzeitiger Prostatamassage. Die Uretritis post. heilt bekanntlich viel leichter aus als die ant., weil im hinteren Teil der urethra die lacunae Morgagni fehlen und die Littrésche Drüsen rudimentär beanlagt sind. Zudem fallen die Reinfectionen der post. von Seiten der ant. bei fortschreitender Besserung der letzteren fort.

Das Prostatasecret ist in jedem Fall genau zu untersuchen auch bei klarem Urin. Liegt eine Prostatitis vor, so ist die Prostata neben den Druckspülungen jeden 2. Tag zu massieren. Gelingt der Nachweis von G.-C. im Prostatasecret, dann sind die Druckspülungen contraindiciert. Mit letzteren habe ich 160 Patienten behandelt, wobei ich den G.-C. nachweis in der Prostata 13 Mal führen konnte; hierbei misslang die Cur 12 mal, also fast immer ein Misserfolg. Es erfolgt hier offenbar sehr bald eine Infection der urethra mit G.-C. von Seiten der Prostata.

Die Druckspülungen sind ein ungefährlicher Eingriff. Eins steht fest, man schadet nie. und so habe ich keine nennenswerten Complicationen bei ihrer Anwendung zu verzeichnen.

Ganz ausnahmsweise sieht man unter der Behandlung eine uretritis post. auftreten, eher schon eine vorher bestandene wieder aufflackern, letzteres auch selten. Dabei wird die Cur nur um einige Tage verlängert, indem man zur Beseitigung der Trübung in der II Portion einige Durchwaschungen mit einer Kali hyperm. oder Protargollösung einschieben muss.

Ist die Trübung in der II Portion nur ganz gering, so braucht man den turnus der Druckspülungen nicht zu unterbrechen, sondern macht an den zwischenliegenden Tagen ein Paar Durchspülungen bis in die Blase.

Bei 5 Patienten, denen an einer schnellen Herstellung alles gelegen war, habe ich die Druckspülungen mit warmen Janetschen Kali hyperm. Waschungen an den freien Tagen combiniert, also jeden Tag behandelt. Die urethra verträgt die täglichen Eingriffe auch bei Anwendung starker Arg.-lösungen gut. Alle auf diese Weise behandelten Pat. genasen innerhalb 3 Wochen.

Bei einigen wehleidigen Patienten habe ich die Stärke der Arg.-lösung nicht gesteigert, sondern bin bei der Anfangs gewählten Concentration 1:1000 während der 10 Spülungen stehen geblieben. Auch hier habe ich Heilung eintreten sehen. Vielleicht ist der Erfolg mehr aufs Conto der heissen Temperatur als auf die Concentration der Arg.-lösung zu setzen. Die Zahl der so behandelten Patienten ist eine zu kleine, um daraus Schlüsse ziehen zu können.

Die Druckspülung habe ich jeden 2. Tag, im Ganzen 10 Mal vorgenommen. Einige Male konnte ich feststellen, dass Patienten, die sich der Fortsetzung der Cur entzogen hatten und mir später zu Gesicht kamen, schon bei der 4.—6. Spülung genesen waren. Es ist möglich, dass eine geringere Anzahl von Druckspülungen, wie die von mir in Vorschlag gebrachte, zur Erreichung derselben Resultate genügen dürfte.

Was nun die Heilergebnisse anbetrifft, so wurden von mir mit Druckspülungen 160 Patienten behandelt; von diesen genasen 118; also ca. 74 % Heilungen. Bringen wir hiervon in Abzug die 13 Fälle, in denen sich G.-C. in der Prostata vorfanden und die von dieser Behandlung eigentlich auszuschliessen gewesen wären, so stellt sich die Heilungsziffer auf ca. 80 %.

Ich habe hier nicht alle von mir behandelten Fälle bekannt geben können, weil sich eine nicht unbeträchtliche Zahl der Patienten nach abgeschlossener Behandlung der weiteren Beobachtung entzogen hat und in dieser Statistik nicht Berücksichtigung finden konnten, weil mir das Resultat unbekannt blieb.

Misslingt die Behandlung mit den Druckspülungen, so gehe ich zu Dilatationen über, indem ich jeden 7.—8. Tag die urethra ant. mit dem Kollmannschen Dilatator dilatiere und zwischen die Dilatationen eine Druckspülung mit Arg. 1:400 einfüge. Unter den Dilatationen kommt es zu Continuitätstrennungen in den Infiltraten, zu einer vorübergehenden Steigerung der Entzündungserscheinungen und infolge dessen zu einer Aufsaugung des Granulationsgewebes, das von Blutgefässen und Lymphräumen reichlich durchzogen ist. Da ungefähr 4—5 Dilatationen, je nach der [illegible] des Processes, nötig sind, so wird die Behandlung um ca. einen Monat verlängert. Zur Behandlung mit dem Dilatator bei versagender Therapie mit den Druckspülungen kamen 15 Fälle, von diesen wurden 11 geheilt.

Als mir die Behandlung mit den Druckspülungen noch unbekannt war, habe ich in früheren Jahren bei hartnäckig persistierenden Gonococcen die urethra nach den Angaben von Oberlander, Kollmann und Wossidlo dilatiert. Es wurden 50 Patienten behandelt, von denen 25 genasen, also 50 % Heilung. Vergleichen wir diese Zahl mit der bei den Druckspülungen erzielten Heilungsziffer von 80 %, so sehen wir, dass die Druckspülung der Dilatationsbehandlung in den Erfolgen überlegen ist.

Schlägt auch die Behandlung mit den Dilatationen fehl, so müssen wir die Schlupfwinkel der G.-C. nicht mehr in den Infiltraten, sondern höchstwahrscheinlich in den Drüsen vermuten. Wir werden dann im Urethroscop die erkrankten Drüsen aufsuchen und ihren Aus-

führungsgang electrolytisch oder galvanocaustisch zerstören und damit einen Verschluss und eine Obliteration derselben zu erzielen suchen, wodurch der Inhalt der Drüsen unschädlich gemacht wird.

Haben wir anch hierbei einen Misserfolg, dann kann ich, falls der Patient überhaupt noch da ist, eine Injection empfehlen, die sich mir in so manchem verzweifelten Fall bewährt hat. Das ist eine Arg. nitric.-lösung 1:5000—1:1000 mit Zusatz von 1—2 % Wasserstoffsuperoxyd. Die Injectionen werden durch 4 Wochen fortgesetzt. Man sollte vielleicht meinen, dass es möglich wäre, durchs Urethroscop eine genauere Indication für die einzelnen Eingriffe festzustellen. Das ist, glaube ich, nicht möglich. Ebensowenig, wie es gelingt, urethroscopisch die Fälle zu sondern, die für eine Dilatation oder für die Electrolyse geeignet sind, ebenso wenig ist man im Stande, aus dem urethroscop. Bilde die für die Druckspülung oder die Dilatation passenden Fälle zu unterscheiden.

Ich gehe daher so vor, dass ich zuerst den Eingriff wähle, der mir am ungefährlichsten zu sein scheint, das ist die Druckspülung, dann die Dilatation, und falls auch diese Behandlung versagt, die Electrolyse resp. Galvanocaustik der Drüsenausführungsgänge.

Es erübrigt noch zu einer Frage Stellung zu nehmen, über die unter den Aerzten noch Meinungsverschiedenheiten herrschen. Sind wir zu instrumentellen Eingriffen in der urethra berechtigt, so lange G.-C. vorhanden sind? Von sehr beachtenswerter Seite wird davor gewarnt. Von Neisser, Janet, Guyon und Anderen wird der Grundsatz aufgestellt, dass sowohl die Untersuchung der urethra mit Instrumenten, als besonders eine jede mechanische Behandlung so lange verboten sei, als noch G.-C. im Secrete der Harnröhrenschleimhaut, der paraurethralen Gänge, der Prostata etc. gefunden werden oder die Bacterien der Secundärinfection vorhanden sind.

Nach meinen Erfahrungen glaube ich diesen Eingriff durchaus befürworten zu müssen. Ich wüsste nicht, auf welche Weise man sonst den G.C-. beikommen könnte. Die üblichen Injectionen, Janetsche, Spülungen etc. leisten doch durchaus Ungenügendes; man sieht die G.-C. dieser Therapie oft Jahre lang Trotz bieten. Die instrumentellen Eingriffe, sachgemäss ausgeführt, involvieren keine Gefahren für den Patienten. Warum sollten wir uns derselben bei ihrer erprobten Wirksamkeit nicht bedienen? Ich habe, ohne je einen üblen Zufall erlebt zu haben, ca. 2000 Druckspülungen und ca. 800 Dilatationen bei der Behandlung der G.-C.-urethritis vorgenommen.

Die Dilatationen werden noch vielfach angefochten. So behauptet Schwenn, dass sich bei den Dilatationen grobe Zerrungen, ja sogar Zerreissungen der Schleimhaut ereigneten, infolge dessen es in geradezu erschreckender Weise häufig zu Blutungen stärkster Art käme; ferner, dass infolge mangelhafter Sterilisationsmöglichkeit der Gummiüberzüge es zu schweren Infectionen der Harnwege käme. Die Secretion bliebe nicht fort, wohl aber häufig in kurzer Zeit der Patient, weil die Anwendung mit recht erheblichen Schmerzen verbunden sei.

Dieses sind Zerrbilder, die der Wirklichkeit durchaus nicht entsprechen. Weder beobachtet man Blutungen, noch verursacht er Schmerzen, noch auch Infectionen. Dieser Eingriff, lege artis ausgeführt, ist absolut gefahrlos.

Resumé:

1) die Druckspülung ist indiciert bei jeder acuten Gonorrhoe, die nach Ablauf von 4—5 Wochen noch G. C.-haltiges Secret zeigt, und bei jeder chron. Gonococcenurethritis, unabhängig von ihrer Dauer, auch bei jahrelangem Bestande;

2) die Druckspülung ist contraindiciert bei in beiden Portionen trübem Urin, gonococcenhaltigem Prostatasecret und gonococcenführenden mit der Urethra communicierenden paraurethralen Gängen;

3) die Druckspülung ist ungefährlich und für jeden Arzt leicht ausführbar;

4) die Druckspülungen sind den Dilatationen in den Erfolgen überlegen;

5) Gonococcenführendes Urethralsecret contraindiciert nicht instrumentelle Eingriffe.

Wer sich dieser hier oben besprochenen Methode im gegebenen Falle bedienen will, kann dem Patienten auf seine Frage, die er immer stellen wird, „wann werde ich von meiner Krankheit befreit sein?" sagen, dass er Aussicht hat, mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 gegen 20, im Laufe von 3 Wochen dauernd von seinen G. C. befreit zu sein.

Zur cutanen Tuberkulinprobe nach von Pirquet im Kindesalter *).

Von

Dr. med. Th. Hecker.

Ordinator des klinischen Elisabethkinderhospital zu St. Petersburg.

Jedem Kinderarzte wird es ja aus seiner Praxis zur Genüge bekannt sein, wie äusserst schwierig oftmals die Entscheidung ist, ob im gegebenen Falle, in welchem ein Kind nach einer Influenzapneumonie, nach Masern, Keuchhusten mit oder ohne Complicationen längere Zeit hindurch Temperatursteigerungen aufweist, wir es mit Tuberkulose zu tun haben oder nicht, oder ob das betreffende Individuum irgendwo in seinem Körper einen latenten tuberkulösen Herd besessen hat, welcher sich durch die überstandene Krankheit nun zu rühren beginnt. Endlich muss nicht vergessen werden, dass gerade im Kindesalter die Tuberkulose bisweilen unter derartig mannigfaltigen Allgemeinsymptomen verläuft, dass die Diagnose derselben auf grosse Schwierigkeiten stossen kann.

Die bisher zu diagnostischen Zwecken vorgeschlagenen Methoden sind mit einigen Unbequemlichkeiten verknüpft, manche von ihnen, wie die probatorische Tuberkulinimpfung für die Kinder auch nicht ganz indifferent.

Da musste natürlicherweise die von Pirquet im Mai 1907 zu diagnostischen Zwecken in Vorschlag gebrachte Methode der cutanen Tuberkulinimpfung die grösste Aufmerksamkeit und das lebhafteste Interesse namentlich seitens der Kinderärzte erwecken.

Diese Methode ist durchaus leicht auszuführen, macht bei ihren lokalen Erscheinungen ausser Juckreiz und leichtem Brennen subjectiv keine weiteren Unbequemlichkeiten und kann auch bei fiebernden Kindern vorgenommen werden, da Allgemeinerscheinungen in Gestalt von Temperaturerhöhung nur in den allerseltensten Fällen zur Beobachtung kommen. Pirquet sah unter 700 Impfungen 3 mal Temperatursteigerungen auftreten, Feer sah einmal die stärkste, mit Fieber verbundene Reaction bei einem kräftigen, scheinbar vollständig gesunden Mädchen. Auch mir gelang es, in einem Falle bei einem $2^1/_2$-jährigen, anaemischen, an Bronchitis leidenden Mädchen am Abend nach der Impfung eine

*) Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 5. Febr. 1908.

Temperatur von 38,1 zu beobachten; am nächsten Tage morgens 39,2 — abends 37,7. Freilich zeigte dieses Kind auch während der späteren Beobachtungszeit abendliche Steigerungen bis 37—37,6°.

v. Pirquet setzt die Hautreaction bei der cutanen Tuberkulinimpfung in Analogie mit der Stichreaktion bei der subcutanen Injection von Tuberkulin, bei welch letzterer ja bekanntlich ausserdem noch eine Herdreaction und Fieberreaction zur Beobachtung kommen, hervorgerufen durch das in den Körper einverleibte Gift. Durch Impfung in die obersten Schichten der Cutis gebracht, scheint so gut wie gar kein Gift in den Kreislauf zu gelangen, es bleiben nur die lokale Rötung und Schwellung in Form einer Papel, welche der Stichreaction entsprechen, übrig.

Die Hautreaction bei Tuberkulösen nach Tuberkulinimpfung vergleicht Pirquet mit der vaccinalen Frühreaction bei bereits früher erfolgreich Vaccinierten, sowie mit der Serumkrankheit bei bereits früher einmal anlässlich einer Diphtherieerkrankung mit Serum Behandelten. Pirquet nennt diese charakteristischen Veränderungen der Reactionsfähigkeit Allergie, darunter in allen drei Fällen eine vitale «Antikörperreaction» annehmend, welche sich durch ein Zusammentreffen der specifischen Toxine und der in dem Körper und auch in der Haut von früherher vorhandenen entsprechenden Antikörper entwickelt.

Die interessante Veröffentlichung Pirquet's hat sofort viele Kliniker zur Nachprüfung angeregt, und in der kurzen Spanne Zeit seit dem Bekanntwerden der cutanen Tuberkulinprobe ist bereits eine ganze Reihe von Veröffentlichungen genannt worden, welche uns bedeutend näher gebracht haben zum endgültigen Urteil über den diagnostischen Wert dieser Methode und ihre Bedeutung für die Praxis. Solches wird namentlich dadurch geschehen können, wenn eine ganze grosse Anzahl von Beobachtungen vorliegen wird, in welchen der Ausfall der Reaktion nach der positiven, resp. negativen Seite hin auf dem Sectionstisch kontrolliert werden sein wird.

Aus dem letztgenannten Grunde erlaube ich mir, heute mit meiner Mitteilung in dieser Versammlung aufzutreten, weil trotz der geringen Gesamtzahl meiner Geimpften, ich recht oft Gelegenheit hatte, eine Kontrolle auf dem Sectionstisch zu erleben.

Wenn wir die Ergebnisse und Schlüsse kurz ins Auge fassen, zu welchen die bisher veröffentlichten Untersuchungen geführt haben, so sehen wir, dass die meisten Forscher der Pirquet'schen Tuberkulinimpfung eine grosse diagnostische Bedeutung zusprechen möchten.

Bald nach seiner ersten Veröffentlichung trat v. Pirquet selbst mit einem Material von 100 Fällen auf, in welchen die Ergebnisse der Impfung post mortem kontrolliert werden konnten, und betonte ausdrücklich, dass alle Fälle von Kindern mit klinisch sicherer Tuberkulose auch diese Reaction positiv ausfallen liessen, mit Ausnahme solcher, welche in den letzten 10 Tagen vor dem Tode geimpft worden waren. Dabei konnte Pirquet die interessante Beobachtung machen, dass im Laufe der tötlich verlaufenden Miliartuberkulose die anfänglich vorhandene Reactionsfähigkeit näher zum Tode abnimmt, die Reaction aber andererseits nur selten bei Tuberkulose als Nebenbefund versagt. Bei 52 secierten Kindern, welche keine tuberkulösen Veränderungen finden liessen, war die Allergieprobe negativ.

Dieselben Ergebnisse erhielten im Allgemeinen auch Feer, Pfaundler, Mainini, Moro, Goebel, wobei gleichzeitig von den genannten Autoren darauf hingewiesen wurde, dass ein besonders gesteigerter Grad von specifischer Ueberempfindlichkeit bei Knochentuberkulose und Scrophulotuberkulose zu bemerken sei. Ebensolche stark auffallende Reaction haben auch die Dermatologen bei tuberkulösen Hautleiden beobachten können, wie im laufenden Winter hier in diesem Vereine bereits von Prof. v. Petersen demonstriert worden ist*). Bandler und Kreibich haben z. B. 63 Hautkranke einer cutanen Impfung mit Tuberkulin unterzogen. Von den 26 an Tuberkulose leidenden Hautkranken reagierten 22 positiv, bei den 37 Patienten mit verschiedenen Dermatosen nicht tuberkulöser Natur konnten sie gleichfalls 22 mal einen positiven Ausfall der Tuberkulinimpfung beobachten.

Fast gleichzeitig mit der Cutanimpfung wurde von anderer Seite, von Wolff-Eisner, eine Methode vorgeschlagen, mittelst Instillation von Tuberkulinlösungen verschiedener Concentration in den Conjunctivalsack, um aus der nachfolgenden Reaction auf etwa vorhandene Tuberkulose Schlüsse ziehen zu können. Durch Calmette hat diese Methode, welche jetzt allgemein Ophthalmoreaction genannt wird, weitere Ausarbeitung gefunden. Und zur Zeit ist auch ihre diagnostische Bedeutung hinsichtlich vorhandener Tuberkulose ziemlich sichergestellt.

Selbstverständlich ist von vielen Forschern eine vergleichende Prüfung des Wertes beider genannten Methoden vorgenommen worden, und die Cutanimpfung wird nun namentlich für das Kindesalter als entschieden das schonendere Verfahren bezeichnet, indem häufig nach der Tuberkulininstallation ins Auge bei Kindern verschiedene unangenehme Reizzustände zur Beobachtung gekommen sind, so etwa die Bildung von Phlyctaenen und dgl. (Feer) Ich persönlich muss mich diesem voll anschliessen.

Sonst wäre zu bemerken, dass beide Reactionen ziemlich gleiche diagnostische Bedeutung besitzen bei klinisch sicherer Tuberkulose (Mainini, Wolff-Eisner), die cutane Impfung aber doch jedenfalls als empfindlichere Methode bezeichnet werden muss, indem sie auch latente Herde anzuzeigen pflegt, während die Ophthalmoreaction wiederum einen schärferen Ausfall bei activer Tuberkulose beobachten lässt (Mainini, Wolff-Eisner, Feer u. and.). Diese Eigenschaft der Pirquet'schen Impfung, latente Herde anzuzeigen, dient wohl zur Erklärung des Umstandes, dass häufig bei gesund scheinenden Kindern und Erwachsenen bei der immensen Verbreitung der Tuberkulose eine positive Reaction erhalten worden ist. Nach Feer hat „der positive Ausfall nach dem 10 Jahre nur einen sehr beschränkten Wert und ist der negative Ausfall mehr von Bedeutung. Bei jüngeren Kindern wird der positive Ausfall um so seltener und wichtiger (und prognostisch ernster), je näher wir dem Säuglingsalter kommen, und dementsprechend steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die positive Reaction auf eine vorhandene Affection zu beziehen ist, welche tuberkuloseverdächtig ist."

Ehe ich zur Besprechung meiner Beobachtungen übergehe, will ich kurz die äussere Seite der von mir geübten Impfung nach Pirquet erwähnen.

Zur Anwendung kam das Alttuberkulin in 25% Verdünnung, welche ich in sterilisierten Ampullen zu je 0,5 Gramm vom Apotheker Kresling nach folgendem Recepte bezog: Tuberkulini Kochi 3,0, Glycerini carbolisati 8%—3,0, Solut. Natrii chlorati physiol, 6,0. Divide in partes aequales № 24 in ampull. steril.

Nach einer kurzen Desinfection des Unterarmes mit Aether, mit drauffolgendem Nachwaschen mit 2% Borsäurelösung und Abtrocknen wurde zunächst ein Controllimpfungstisch angelegt mit einem gewöhnlichen Impfscalpel, mit welchem vertikal auf den Arm gestellt die Epidermis drehend entfernt wurde. Alsdann wurde

*) Sitzung am 30. October 1907.

in etwa 2 ctm. Abständen proximal und distalwärts auf die Haut je ein kleiner Tropfen Tuberkulinlösung aufgetragen und in derselben Weise durch den Tropfen mit einem andern ähnlichen Scalpel die Cutis angebohrt. Nach kurzdauerndem Eintrocknen an der Luft wurde die geimpfte Stelle mit einer dünnen Schicht steriler Watte leicht verbunden.

In den Fällen mit positiver Reaction konnte meistens innerhalb der ersten 24 Stunden, sonst aber am zweiten Tage das Entstehen einer Papel beobachtet werden von verschieden intensiver Färbung und verschieden grossem Durchmesser. Zuweilen entwickelte sich im Centrum dieser Papel ein kleines Bläschen, welches zu einer kleinen Kruste eintrocknete. Die Papel blieb kürzere oder längere Zeit bestehen und verschwand in vielen Fällen unter Zurücklassen eines noch lange sichtbaren Pigmentfleckes. Ueber subjective Unbequemlichkeiten, wie Brennen und Juckreiz klagten die älteren Kinder niemals. Allgemeinerscheinungen wurden von mir nicht beobachtet mit Ausnahme des bereits erwähnten Falles von Temperatursteigerung bei einem Kinde innerhalb der nächsten 2 Tage nach der Impfung.

Mein Beobachtungsmaterial aus der internen Abteilung des Elisabeth-Kinderhospitals umfasst 85 eigene Fälle, 82 Kinder und 3 Erwachsene, welche der cutanen Tuberkulinprobe unterzogen wurden. An einem Teile dieser Kinder wurde gleichzeitig vom Collegen Dr. Batkin die Ophthalmoreaction ausgeführt. (cf. Tabellen).

Gleichzeitig möchte ich resümierend auch die Resultate der von Dr. Koslowski an 21 Patienten der chirurgischen Abteilung vorgenommenen Impfungen nach Pirquet erwähnen. Beiden Collegen spreche ich für diesbezügliche freundliche Erlaubnis meinen Dank aus.

Meine 85 Fälle teilte ich nach dem Ergebnis der klinischen Untersuchung und dem beobachteten Krankheitsverlauf in 3 Gruppen:

I. Tuberkulosefreie Fälle.

Hierher gehören 49 Kinder der therapeutischen Abteilung und 3 Erwachsene, von welchen 52 Personen 8 positiv auf Tuberkulin reagierten = 15,3%.

Aus dieser Gruppe klinisch tuberkulosefreier Fälle verdienen folgende eine besondere Erwähnung:

Fall 16: Constantin N., 2 a. n., kam am 2. August 1907 mit Masern ins Elisabethhospital, machte dieselben leicht durch, acquirierte Keuchhusten in der Masernabteilung und wurde am 8. September 1907 in die interne Abteilung übergeführt. Der Keuchhusten verlief gleichfalls verhältnismässig leicht, mit sehr mässigen bronchitischen Erscheinungen und nur geringen abendlichen Temperatursteigerungen, wobei eine gute Gewichtszunahme beobachtet wurde. Tuberkulinprobe am 29. October negativ.

Am 7. November kam Pat. in die Diphtherieabteilung und starb am 11 November. Die Section brachte die Bestätigung, dass Pat. tuberkulosefrei gewesen war.

Fall 21: Wassili Stepanow, 3 a. 9 m., wurde in dem Hospital von seinen Eltern zurückgelassen und hat in demselben 443 Tage zugebracht.

Der Pat. litt an Bronchiectasien in seiner linken Lunge, die sich nach dem Keuchhusten, mit welchem er ins Hospital eingetreten war, ausgebildet hatten, mit allen Begleiterscheinungen dieses Leidens, wie anfallsweise auftretendem Husten, maulvoller Expectoration von eitrigflüssigem, leicht putridem Sputum, Trommelschlägerfingern u. dgl.

Trotz mehrfachem, aufmerksamen Suchen konnten im Sputum niemals Tuberkelbacillen entdeckt werden, auf probatorische Tuberkulininjectionen reagierte Pat. niemals und dementsprechend ergab auch die cutane Tuberkulinimpfung ein negatives Resultat.

Auch die klinische Beobachtung gestattete, ein Mitspielen von Tuberkulose bei dem Knaben auszuschliessen: er hatte im Hospital Masern durchgemacht ohne welche Complicationen und üble Folgen für seinen Allgemeinzustand.

Fall 41: Dunja Kirillowa, 9 a. n., betrifft ein Mädchen mit Psoriasis, welches zu den 8 positiven Fällen gehört. Sonst war es absolut gesund und litt auch an keinerlei tuberkulösen Hauterscheinungen. Die positive Reaction fand sich hier analog wie in den von Bandler und Kreibich bereits oben erwähnten Fällen.

Bei den 12 klinisch tuberkulosefreien Fällen von Dr. Koslowski, erhielt der College 8 mal eine positive und 4 mal eine negative Reaction, von den letzteren kamen 2 zur Section:

1. Morbus Little, 10 a. n., starb an Scharlach, bei der Section fanden sich verkäste tuberkulöse Drüsen.
2. Ein Knabe von 7 Jahren, wegen Hemiplegie im Hospital, starb an Diphtherie. Pirquet negativ. Bei der Section wurde bei ihm nichts Tuberkulöses gefunden.

II. Auf Tuberkulose verdächtige Fälle.

In dieser Gruppe haben solche Kinder Aufnahme gefunden, welche entweder durch ihre Anamnese hereditär stark belastet waren, oder bei denen während ihres klinischen Aufenthaltes bei der Beobachtung und Analysierung ihres Krankheitsprocesses an ein Mitspielen der Tuberkulose gedacht werden musste.

Genannte Gruppe umfasst 21 Kinder, von welchen 12 positiv reagierten = 57,1% (vgl. Tabelle).

Auf die einzelnen Krankengeschichten kann ich hier nicht eingehen, obgleich jede einzelne viel Interessantes zu bieten vermag hinsichtlich der uns beschäftigenden Frage, und will nur in Kürze der beiden Fälle Erwähnung tun, in welchen die klinische Beobachtung das Vorhandensein von Tuberkulose stark vermuten liess, das aber bei wiederholten cutanen Tuberkulinimpfungen erzielte negative Resultat eine eclatante Bestätigung des Fehlens der Tuberkulose durch die Section brachte.

Fall 54: Maria Nikolajewa, 9 Monate alt, wurde am 23. October 1907 mit schwerem Keuchhusten vom Findelhause dem Hospital zugeschickt, compliciert durch doppelseitige ausgebreitete Bronchopneumonie der hinteren Partieen der Unterlappen. Vom 10. November war ein Abklingen der Entzündungserscheinungen zu konstatieren, doch blieb noch viel Rasseln in den vorher befallenen Lungenteilen nach, auch abendliche Temperatursteigerungen meist über 37°. Das von einer Amme ernährte Kind nahm nun an Gewicht ca. 300 gr. zu, und die Hustenanfälle verloren etwas in ihrer Vehemenz und Frequenz. Vom 21. XII.—25. XII. ein erneutes Aufflackern der Lungenentzündung, gleichzeitig eine Gewichtsabnahme um 100 gr. Vom 26. XII.—3. I. 08 waren die Temperaturen unter 37°, da am 4. I. 08 ein erneutes Recidiv der Pneumonie, welchem das Kind am 11. I. 08 erlag.

Cutane Impfungen wurden 3 mal vorgenommen, am 29. X., 13. XI. und 12. XII., alle Male mit negativem Resultat. (Die Ophthalmoreaction fiel positiv aus!).

Durch die Section wurde das Fehlen von Tuberkulose konstatiert.

Fall 56: Alexander Konstantinow, 1 a. 3 m., hat im Juli 1907 Masern durchgemacht, nach welchen der Husten beim Kinde nicht aufgehört haben soll, in der letzten Zeit sei der Husten heftiger geworden und das Kind fiebere.

Am 29. X. 07 zeigte das äusserst atrophische, anaemische, 6500 gr. schwere Kind deutliche vergrösserte Lymphdrüsen. Beiderseits unter den Scapulis ausgebreitete Pneumonien, welche keine Tendenz zum Heilen zeigten, das Gewicht sank zum 27. XI. auf 6200 Gramm; die ganze Zeit über waren Temperaturen bis 38° und darüber vorhanden.

Obgleich die cutane Tuberkulinprobe, ausgeführt am 3. XI. und 6. XII., negativ war, musste dem ganzen klinischen Krankheitsbilde nach an das Bestehen einer Tuberkulose gedacht werden, zumal am 15. XII. in der linken Lunge auf einer beschränkten Stelle unter dem angulus scapulae amphorisches Atmen und consonierende Rassler, welche auf eine Caverne hinzuweisen schienen, entdeckt wurden. Tuberkulinimpfung zeigte auch am 23. XII. ein negatives Resultat, die Ophthalmoreaction war gleichfalls negativ.

Am 26. XII. erfolgte unter hoher Temperatur und Durchfällen der Exitus. Bei der Section wurde ein Fehlen von Tuberkulose konstatiert; in den Lungen ausgebreitete Bronchopneumonien mit Bronchiectasiebildung, die Lymphdrüsen hyperplastisch, aber nicht tuberkulös.

III. Klinisch sichere Tuberkulose.

Hierher gehören 12 Fälle meiner eigenen Beobachtung mit 11 mal erzielter positiver Reaction und 10 Fälle chirurgischer Tuberkulose aus der Beobachtung

von Dr. Koslowski, von welch' letzteren 9 die Pirquet'schen Reaction zeigten.

Also das positive Resultat in 90,9%!

Von diesen 23 Kindern kammen 6 zur Section, und in allen secierten Fällen wurde Tuberkulose in miliarer Form, sowie in mehr oder weniger grosser Ausbreitung in den einzelnen Organen und Drüsen lokalisiert aufgefunden.

Was nun die beiden Fälle mit negativer Reaction anbetrifft, so handelte es sich das eine Mal um eine klinisch sichere tuberkulöse Gonitis, welche zu derselben Zeit in einer erfolgreichen Behandlung mit Tuberkulin subcutan sich befand. Lenhartz und Junker konnten es gleichfalls beobachten, dass eine ganze Anzahl sicherer Tuberkulosen, welche vorher längere Zeit mit Tuberkulin subcutan behandelt waren oder sich noch in Behandlung befanden, auf die Hautimpfung negativ reagierten, während Lignières und Berger ihrerseits die Behauptung aufstellen möchten, dass eine Tuberkulininjection, gleichzeitig gegeben, nicht die Hautreaction zu verhindern pflege. Diese französischen Autoren sind der Meinung, dass man ohne Schaden gleichzeitig die Cuti-, Dermoreaction, ebenso wie auch die Ophthalmoreaction anwenden könne.

Der andere Fall mit negativem Pirquet betraf eine Meningitis tuberculosa, an welcher die Impfung zweiMal, und beideMal, wie erwähnt, resultatlos vorgenommen worden war, und zwar 8 Tage und 5 Tage vor dem Tode. Diese Erscheinung befindet sich also vollständig im Einklang mit dem von Pirquet und anderen Autoren gemachten und besonders unterstrichenen Beobachtungen und soll nach Stadelmann und Wolf-Eisner in prognostischer Beziehung eine Bedeutung besitzen, indem ein negativer Ausfall der Reaction bei auf anderem Wege nachgewiesener und klinisch feststehender Tuberculose sicher eine ungünstige Prognose zu stellen erheischt!

v. Pirquet betont auch, dass die Allergieprobe bisweilen in den letzten Lebenstagen tötlicher Tuberculose zu versagen pflegt. Solches fand ich in dem einen Fall bestätigt, in welchem das sonst recht heruntergekommene Kind, welches Keuchhusten in der internen Abteilung durchgemacht hatte, am 27. X. und 13. XI. 1907 recht lebhafte Tuberculinreaction zeigte, am 7. XII. aber, 7 Tage vor dem Tode, absolut negativ reagierte.

Pirquet erwähnt, dass er mehrmals es sehen konnte, dass die erste Impfung negativ, eine spätere dagegen positiv zu verlaufen pflegte; in zwei derartigen Fällen fand er bei der Section verkäste Herde. Pirquet stellt sich vor, dass durch die Impfung die Allergie, die Antikörperbildung, wieder neu angeregt wurde. Meine Erfahrungen decken sich nicht mit denjenigen Pirquets in diesem Punkte. Freilich könnte solches auf ein 11 Jahre altes, an Typhus abdominalis mit schwerer Bronchopneumonie leidendes Mädchen Bezug haben, bei welchem College Batkin eine leichte Ophthalmoreaction erzielt hatte, die cutane Tuberculinimpfung aber zunächst absolut resultatlos verlief, einen Monat darauf aber ein schwach positives Resultat zeitigte; dagegen habe ich vier Mal beobachten können, dass das erste Mal ich eine lebhafte positive Reaction erzielt hatte, die folgenden Impfungen aber, trotz Besserung des Zustandes absolut reactionslos verliefen.

In Betreff der Ophthalmoreaction will ich hier keine Schlüsse ziehen, das gehört nicht in den Rahmen meines Vortrags, doch habe ich den Eindruck gewonnen, dass sie am kindlichen zarten Auge nicht zur Anwendung kommen sollte: starke Conjunctivitiden, randständige Phlyctänen habe ich nach der Installation von Tuberculin sehen können, und bin durchaus einverstanden mit Feer, der sich gegen die Anwendung dieser Reaction bei Kindern ausspricht. Auch in Betreff Erwachsener werden jetzt Stimmen laut, welche gegen die Ungefährlichkeit der Ophthalmoreaction sich aussprechen. (Junker, Wiens, Günther).

Dieser Reizung des kindlichen Auges vielleicht auch nicht specifischer Art und ohne Berechtigung auf Schlüsse in diagnostischer Beziehung ist es zuzuschreiben, dass in vielen Fällen dort eine positive Ophthalmoreaction erzielt worden ist, wo die cutane Tuberculinprobe, welche ja nach all den bisherigen Publicationen bedeutend empfindlicher zu sein scheint, reactionslos blieb. Hierher möchte ich den besprochenen Fall zuzählen, in welchem die Pirquetsche Impfung 3 mal negativ ausfiel, die Section ein Fehlen von Tuberculose zeigte, trotz positivem Ausfall der Ophthalmoreaction.

Der Vorzug der Cutanprobe vor der Ophthalmoreaction wird durch zwei Fälle illustsriert, von denen in einem die Ophthalmoreaction nur äusserst schwach, im andern negativ ausfiel, die Pirquetsche Reaction aber stark positiv gewesen war und die Section ein Vorhandensein von Tuberkulose aufdeckte.

Fasse ich nochmals zum Schlusse diejenigen Fälle zusammen, deren Reactionsfähigkeit auf das cutan einverleibte Tuberculin auf dem Sectionstisch eine Controlle gefunden hat, so wäre zu sagen, dass in den 4 Fällen, in welchen post mortem keine Tuberkulose weder in florider noch in latenter Form gefunden worden ist, wir auch eine negative Reaction bei der Impfung zu verzeichnen haben.

Bei 7 Kindern fand sich bei der Autopsie Tuberculose, bei 5 war die Pirquetsche Reaction positiv, der sechste Fall betrifft die bereits erwähnte Meningitis tuberculosa, und im siebenten Fall fand man bei der Section ein paar verkäste Bronchialdrüsen, die Impfung war aber von Dr. Koslowski einen Tag vor Ausbruch eines Scharlachexanthems vollführt, und das letztere mag an dem negativen Resultat einige Schuld besitzen.

Jedenfalls gestattet mir das zu meiner Verfügung stehende Material, trotz seiner geringen Mannigfaltigkeit im Vergleich zu andern Untersuchern, doch den Schluss zu ziehen, dass wir in der cutanen Tuberculinimpfung ein diagnostisch äusserst praecises Hilfsmittel besitzen, welches uns behilflich sein wird, in manchem nicht ganz klaren Falle das Vorhandensein der Tuberculose anzunehmen, resp. auszuschliessen, und gerade letzteres dank einem erhaltenen negativen Resultat im Stande ist, uns oftmals Aufklärung zu geben über unklare Erscheinungen bei Kranken, den Eltern der Kinder dagegen eine Beruhigung bei Ausschluss der so gefürchteten Krankheit.

Literatur.

1. C. v. Pirquet: Berl. klin. Wochenschr., 1907, S. 699. 2. v. Pirquet: Wien. med. Wochenschr., 1907, Nr. 28. — 3. C. v. Pirquet: Wien. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 38. 4. A. Wolff-Eisner u. Stadelmann: Bericht d. Vereins für innere Medicin zu Berlin vom 16. XII. 07. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 53. 5. Feer: Bericht d. Nat.-hist. medic. Vereins Heidelberg v. 25. VI. 07. Münch. med. Wochenschr, 1907, Nr. 39. 6. Feer: Münch. med. Woch. 1908, Nr. 1. 7. Pfaundler: Münch. Gesellsch. f. Kinderheilkunde. Münch. med. Woch., 1907, Nr. 26. 8. Mainini: Münch. med. Wochenschr., 1907, S. 2164. 9. Mainini: Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 52. 10. Moro: Münch. med. Woch., 1907, Nr. 26. 11. Bandler u. Kreibich: Deutsch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 40. 12. Calmette: Presse médicale, 1907, Nr. 49. 13. Lenhartz: Aerztl. Verein. in Hamburg v. 12. XI. 07. Münch. med. Woch., 1907, Nr. 48. 14. Lignières et Berger: Société de l'Académie des Sciences. 28. X. 07. — Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 48. 15. Wiens u. Günther: Münch. med. Wochenshr., 1908, Nr. 52. 16. Goebel: Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 4. 17. Junker: Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 5.

I. Klinisch tuberkulosefreie Fälle.

№	№ des Krankenjournals	Name	Alter	Klin. Diagnose	Cutane Impfung	Ophtalmoreaction
1	899	Marie Iwanowa	4 Mon.	Pertussis	+	—
2	1159	Marie Kislowa	4 »	Enteritis ac.	0	0
3	1192	K. Bogdanow	4 »	Gastro-enter. ac.	0	—
4	789	N. Gerassimow	5 »	Pertussis	0	—
5	1238	Anna Kolpakowa	5 »	Gastro-enter. ac.	0	—
6	1078	Alex. Brodnikow	7 »	Spasmophilia	0	0
7	1195	Boris Stepanow	8 »	Pertussis	0	—
8	1247	Marie Leschenko	8 »	Bronchitis capill.	0	—
9	1245	Iwan Petrow	11 »	Colitis ac.	0	—
10	1196	C. Pawlow	1 a. n.	Pertussis	0	0
11	1052	Julie Rutko	1 a. 2 M.	Enteritis chr.	0	0
12	1055	Fedor Stepanow	1 a. 4 M.	Stomatitis apht.	0	+
13	1175	D. Semenowa	1 a. 6 M.	Enteritis ac.	0	0
14	1144	David Landsmann	1 a. 7 M.	Bronchitis capill.	0	0
15	1291	Peter Kondratowitz	1 a. 7 M.	Bronchitis capill.	0	0
16	674	Constantin N.	2 a. n.	Pertussis	0	0
17	1097	Ssergej Efimow	2 a. 2 M.	Enteritis	+	—
18	1239	Anna Timofejewa	2 a. 3 M.	Pertussis	0	—
19	1248	Sina Bulina	3 a. n.	Pneumonia centr.	0	+
20	1292	Anna Petrowa	3 a. 6 M.	Poliomyelit. ac. ant.	0	+
21	948	Wassilij Stepanow	3 a. 9 M.	Bronchiectasiae	0	—
22	1157	Pawel Bogdanow	3 a. 10 M.	Pneumonia gripp.	0	—
23	822	Egor Anissimow	4 a. n.	Pertussis	0	0
24	1091	Pauline Andrejewa	4 a. n.	Typhus abd.	0	+
25	1117	Anna Kudjakowa	4 a. n.	Cystitis	0	—
26	1265	Nicol. Tscheremonkin	5 a. n.	Pleuritis ser. dextra	+	—
27	1050	Pet. Iwanow	5 a. n.	Influenza	0	+
28	1150	Boris Wassilijew	5 a. n.	Influenza	0	0
29	1079	Klawdy Wassilijewa	5 a. n.	Influenza	0	0
30	1298	Nic. Perpjechow	5 a. n.	Typhus abd.	0	0
31	1304	Anastasja Stepanowa	6 a. n.	Typhus abd.	0	+
32	1020	Pauline Sisowa	6 a. n.	Vitium cordis.	0	0
33	1098	Aron Perelson	6 a. n.	Influenza	0	—
34	1104	Alex. Bogdanow	7 a. n.	Influenza	0	—
35	1118	Natalie Wassiljewa	7 a. n.	Pneumonia crup.	0	—
36	1006	Pauline Mylowa	7 a. n.	Typhus abd.	0	+
37	998	Seila Zisser	8 a. n.	Vitium cordis.	0	0
38	1230	Helene Tomaschewskij	8 a. n.	Pneumonie gripp.	0	0
39	1300	Marie Artemjewa	8 a n.	Typhus abd.	+	+
40	1283	Elis. Finogena	9 a. n.	Colitis chron.	0	0
41	706	Dunja Kirillowa	9 a. n.	Psoriasis	+	+
42	1146	Marie Puschkina	10 a. n.	Nephritis ac.	+	+
43	1256	Anna Pastuchowa	10 a. n.	Typhus abd.	0	0
44	1085	Pascha Ssokolowa	10 a. n.	Uraemia, Nephritis	0	0
45	1213	Marie Skorandina	10 a. n.	Influenza	0	0
46	1303	Dunja Makarowa	11 a. n.	Typhus abd.	0	—
47	1042	Pascha Ignatiewa	12 a. n.	Rheumatism. artic.	0	0
48	1064	Zoe Feodorowa	13 a. n.	Typhus abd.	0	0
49	1001	Marie Bogdanowa	15 a. n.	Typhus abd. Rheumat.	0	0
50	—	Taissia D.	22 a. n.	gesund	+	—
51	—	Eugenia A.	26 a. n.	gesund	+	—
52	—	N. N.	36 a. n.	gesund	0	—

II. Die Fälle, welche das Vorhandensein von Tuberculose vermuten liessen.

№	№ des Krankenjournals.	Name	Alter	Klin. Diagnose	Cutane Tuberculinimpfung I	II	III	Ophthalmoreaction	Ausgang.
53	1067	Fedor Moissejew	6 Mon.	Pneumonia cat.	27./X. +	13./XI. 0		+	15./X.—17./XI. ohne Besserung
54	1053	Marie Nikolajewa	9 »	Pertussis. Bronchopneumonie	29./X. 0	13./XI. 0	12./XII. 0	+	23./X.—11./I. 1908 Exitus: keine Tbc.
55	1266	Nicol. Alexandrow	9 »	Pneum. cat. bilateri.	27./X. 0			0	18./X.—1./XI. ohne Besserung.
56	1071	Alex. Konstantinow	1 a. 3 M.	Pneum. cat. bila.	3./XI. 0	6./XI. 0	23./XII. 0	0	26./X.—27./XI. 7./XII.—26./XII. 26./XII. Exitus: keine Tbc.
57	1058	Pawel Pawlow	1 a. 4 M.	Pneum. cat.	27./X. 0	7./XII. 0		0	25./X.—15./XI. 2./XII.
58	935	Agnes Jambshik	1 a. 7 M.	Pertussis. Pneumonia cat.	0			0	28./X.—19./X. Besserung.
59	1109	Nikolai Ssadownikow	1 a. 7 M.	Pneumonia cat.	13./XI. 0	23./XI. 0		0	7./XI.—2./XII. ohne Besserung
60	1093	Marie Pachotschenowa	2 a. n.	Enteritis chron.	6./XI. +	13./XI. 0		+	4./XI.—21./XI. Besserung
61	1063	Marie Schkwarowa	2 a. 6 M.	Anaemia. Bronchitis	27./X. +	4./XI. +		+	26./X.—15./XI. Besserung
62	1148	Nik. Romanow	3 a. n.	Rachitis. Bronchitis diff.	23./XI. +	7./XII. +		+	17./XI.—13./XII. Besserung
63	1107	Alex. Jitkow	3 a. n.	Poliomyelitis ant. ac.	13./XI. +			—	Besserung
64	1308	Olga Sitko	1 a. 6 M.	Pertussis. Pneum. cat.	0			+	18./XII.—31./XII. (Morbilli)
65	1310	Alex. Olschinen	4 a. n.	Influenza	19./XII. +			—	18./XII.—21./XII. Besserung
66	1080	Victor Wainalin	4 a. 8 M.	Pneum. cat. bilat.	0			+	1./XI.—8./XI. ohne Besserung
67	1258	Matwej Kusnezow	5 a. n.	Enteritis acuta	12./XII. +			+	7./XII.—10/I. Besserung
68	1076	Feodora Matwejewa	9 a. n.	Bronchitis chron.	0			0	30./X.—18./XI. Besserung
69	995	Marie Tichonowa	10 a. n.	Pleuritis exsud. sin.	3./XI. +			+	11./X.—11./XI. Besserung
70	1106	Olga Michailowa	10 a. n.	Pneumonia cat. bilat.	13./XI. +			—	6./XI.—24./XI. Besserung
71	1092	Eugenie Wassiljewa	11 a. n.	Influenza. Bronchitis capill.	6./XI. +				4./XI.—16./XI. Besserung
72	1158	Olga Jurissowa	11 a. n.	Typhus abd. Bronchopneumonia	0	1908. I. +		+	19./XI.—10./II. 1908 Besserung
73	1043	Anna Alekina	11 a. n.	Catarrh. ventriculi	3./XI. +			+	30./XI.—8./XI. Besserung

III Klinisch sichere Tuberculose.

№	№ des Krankenjournals	Name	Alter	Klin. Diagnose	Cutane Tuberculinimpfung I	II	III	Ophthalmoreaction.	Ausgang.
74	1266	Nicolai Iwanow	1 a. 1 m.	Bronchitis diff. Tuberculosis	12./XII. +			+	8./XII.—31./XII. geringe Besserung des Allgemeinbefindens.
75	1137	Nadja Konstantinowa	1 a. 2 m.	Pertussis	23./XI. +	7./XII. 0		+	14./XI.—31./XII. geringe Besserung.
76	900	Nicolai Fedorow	1 a. 6 m.	Pertussis. Tuberculosis	27./X. +	13./XI. +	7./XII. 0	+	14./XII. Exitus: Tuberculose.
77	996	Dunja Lorsewa	1 a. 7 m.	Empyema operat.	27./X. +			—	12./X.—1./XI. Exitus: Tuberculose.
78	1269	Bronislawa Antonowa	1 a. 8 m.	Pneumonia cat. bilat. Tbc.	12./XII. +			0	10./XII.—21./XII. Exitus: Tbc.
79	1262	Georgij Melkow	3 a. n.	Keartitis phlyct. Scrophulotuberculosis	12./XII. +			—	8./XII.—11./I. Besserung.
80	1350	Nastja Schabarowa	4 a. n.	Bronchitis chron. Tbc.	28./XII. +			+	26./XII.—3./II. ohne Besserung.
81	1070	Ludmila Michailowa	$5^1/_2$ a. n.	Keratitis phlyct. Scrophulo-Tuberculosis	3./XI. +			—	29./X.—9./XI. Besserung.
82	1286	Maria Petrowa	5 a. n.	Meningitis tbc.	15./XII. 0	19./XII. 0		+	13./X.—23./XII. Exitus: Tbc.
83	1299	Natalia Kusmina	7 a. n.	Tumor cerebri	19./XII. +			+	17./XII.—10./I. ohne Besserung.
84	1030	Pascha Sujewa	8 a. n.	Tuberculosis	3./XI. +	13./XI. +		+	19./X.—9./I. 1908. Exitus: Tbc.
85	1171	Tanja Gurmann	9 a. n.	Tuberculosis	23./XI.	7./XII.		+	22./XI.—31./XII. Besserung.

Der internationale Tuberculose-Congress in Washington.

Vom 15. bis zum 20. September (a. St.) 1908.

Kurzer Bericht über die Fahrt, den Verlauf und die Organisation des Congresses.

Von Dr. Th. Germann.
St. Petersburg.

Zum allgemeinen Kampfe gegen die Tuberculose, diese nächst der Syphilis gefährlichste Feindin des Menschengeschlechtes, haben zuerst die deutschen Aerzte aufgerufen. Auf Anregung des Deutschen Kaiserlichen Gesundheitsamtes fand am 21. November 1895 unter dem Vorsitz des Reichskanzlers Fürsten zu Hohenlohe-Schillingsfürst eine Beratung statt über die Durchführung einer planmässigen Bekämpfung der Tuberculose. 1896 trat unter dem Protectorat Ihrer Majestät der deutschen Kaiserin das «Deutsche Centralkomitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke» zusammen. Diese Vereinigung organisierte 1899 den «Ersten internationalen Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit». Dieser Zusammenkunft folgten dann die weiteren internationalen Congresse 1900 in Neapel, 1901 in London, 1905 in Paris, 1908 in Washington.

Schrötter aus Wien hatte bereits im Jahre 1898 auf einem Tuberculose Congress in Paris, die Begründung einer internationalen Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose vorgeschlagen. Dieser Vorschlag wurde 1902 verwirklicht, als zum ersten Male in Berlin vom 22.—26. October die internationale «Tuberculose-Conferenz» zusammentrat. Die internationale Tuberculose-Conferenz ist seitdem eine ständige Vereinigung, und alljährlich haben Conferenzen stattgefunden: 1903 in Paris, 1904 in Kopenhagen, 1905 in Paris, 1906 im Haag, 1907 in Wien, 1908 in Philadelphia. Zur internationalen Tuberculose-Conferenz gehören Repräsentanten aller Nationen. Die Mitglieder werden vom Staate oder von den nationalen medicinischen Vereinen ernannt. Zur Zeit sind die Vertreter Russlands in der internationalen Tuberculose-Conferenz die Herren: Dr. L. Berthenson und S. von Unterberger-St. Petersburg, Dr. Philipp Blumenthal und Basil Scherwinsky-Moskau, Prof. K. Dehio-Dorpat, Prof. Dr. Carl Trütschel-Kiew. Es arbeiten somit gleichzeitig zwei grosse Vereinigungen aller Culturvölker an der Bekämpfung der Seuche: die alljährlich zusammentretende internationale Tuberculose-Conferenz und die, wenn möglich, alle drei Jahre einzuberufenden internationalen Tuberculose-Congresse. Die Conferenz ist in ihrer Mitgliederzahl beschränkt, nicht mehr als fünf Vertreter für einen Staat. Die Congresse sind jedem Arzte zugänglich.

Die Einladung zum Congresse nach Washington erfolgte im November 1907. Bereits im Februar trat in St. Petersburg ein Nationalcomitee zusammen, um die Beteiligung aus Russland möglichst zu fördern. Die internationale Tuberculose-Conferenz sollte vor dem Congresse in Philadelphia vom 10. bis 13. September tagen. Wird ein medicinischer Congress angesagt, dann bleibt es gewöhnlich bis zum äussersten Termine ungewiss, wie stark die Beteiligung sein wird. Viele melden sich zeitig, geben die Fahrt aber dann auf; noch häufiger wird der Entschluss zu reisen zurückgehalten durch Behinderungen aller Art, wie das Berufsleben eines Arztes sie mitbringt. Im gegebenen Falle musste man sich zeitig entschliessen, denn die Reise verlangte im Durschnitt nicht weniger als zehn Tage, und die Plätze auf den Dampfern mussten zeitig belegt werden. Unser Comitee sah sich schliesslich veranlasst, die Skandinavisch Amerikanische Linie zu empfehlen. Wer schneller und mit grösserem Comfort, dafür aber auch teurer, die Fahrt über den Ocean machen wollte, der mochte eine andere Linie wählen. Am

28. August alten Stils, sollte die Reise von Kopenhagen aus angetreten werden mit dem Dampfer «Die Vereinigten Staaten». Rechtzeitig trafen ein: die Aerztinnen A. Posashnaja und M. Willin aus Petersburg; die Aerzte S. Unterberger, A. Wladimirow, O. Hartoch, J. Sagin, M. Solowjew, J. Iversen, A. Pokrowski, Th. Germann aus St. Petersburg; B. Kan und P. Schirjajew aus Moskau, A. Kneri aus Odessa, W. Sashin aus Helsingfors. In Washington wurde unsere Gruppe verstärkt durch die Aerzte: G. Goworow und W. Alexandrow aus St. Petersburg, W. Strunski aus Samara, A. Noskow aus Ekaterinoslaw, F. Rose aus Charkow, B. Bernstein aus Tomsk, A. Rabinowitsch aus Odessa. In Summa waren also aus Russland einundzwanzig Congressmitglieder erschienen.

In Kopenhagen wurde uns — dank der Liebenswürdigkeit des Herrn Professor A. W. Mörkeberg — die grosse Anlage der Gesellschaft «Die dänische Milchkompagnie» gezeigt. Die Milch wird täglich aus verschiedenen Gegenden Seelands, von Falster, Lolland und Fünen zugeführt. Die Gesellschaft will ihren Abnehmern eine gesunde und wohlschmeckende Milch liefern. Die Gesellschaft erreicht dieses durch genaue Ueberwachung des Gesundheitszustandes unter dem Vieh, das die Milch liefert, durch Controlle des Personales, das sowohl an den Productionsorten wie bei der Gesellschaft selbst mit der Behandlung der Milch zu tun hat, durch strenge Regeln für das Melken, die Abkühlung und den Transport der Milch, durch peinlichst durchgeführte Reinlichkeit bei Behandlung und Versand der Milch seitens der Gesellschaft, sowie schliesslich durch Pasteurisierung der Milch. Aus öconomischen Gründen würde es völlig unmöglich sein, alle die Kühe von der Milchlieferung auszuschliessen, welche die Tuberculinprobe nicht bestehen. Dieses hat die Compagnie bewogen, die Pasteurisierung einzuführen. Die in der Milch vorhandenen Tubercelbacillen werden durch die Pasteurisierung bestimmt getötet und dadurch unschädlich gemacht. Die «Kindermilch» wird aber nur von Kühen geliefert die sich bei der Tuberculinprobe völlig frei von Tuberculose gezeigt haben. Diese Milch kann den Kindern ungekocht verabreicht werden. Zur Zeit hat die Compagnie täglich 160000 Pfund Milch zu liefern. Viele practische Aerzte und Forscher sind der Ansicht, die Tuberculose könne durch den Genuss von Milch, die Tubercelbacillen enthält, erworben werden. Daher gehörte dieses zur Sache. Ich bin der Ueberzeugung, auch bei uns könnte ein solches Institut mit bestem Erfolge eingerichtet und geleitet werden.

Donnerstag, den 28. August, ³/₄2 Uhr Mittags, verliessen wir Kopenhagen, und zunächst ging es nach Christiania, das wir Freitag Morgen ¹/₂9 Uhr erreichten. Zu allgemeiner, unangenehmer Ueberraschung wurde niemand an Land gelassen; angeblich weil in Christiania eine Pockenepidemie herrschte und unser Capitän in New-York einen Aufenthalt durch die Quarantäne natürlich vermeiden wollte. In Christiania wurden aber mehrere Hundert Passagiere in allen drei Classen an Bord genommen. Dass wir, bereits auf dem Schiffe befindlichen Passagiere, durch die in Christiania neuaufgenommenen Passagiere angesteckt werden könnten — das fürchtete man offenbar nicht. Auf einem Spaziergange durch die Stadt sollten wir gefährdet sein!? Zudem waren die aus Russland kommenden geimpft, wir hatten ja im Verlaufe des Sommers eine Epidemie erlebt. Um ¹/₄5 Uhr Nachmittags ging es weiter, und früh Morgens Sonnabend den 30. August erreichten wir die Rhede von Christianssund, wo die letzten Passagiere an Bord genommen und die letzte Post an Land gegeben wurde. Um 10 Uhr Vormittags ging es hinaus in die Nordsee. Gegen 4 Uhr Nachmittags verloren wir die norwegische Küste aus Sicht. Der Dampfer, ein Schiff von 12,800 Tonns, hatte volle Ladung und nach der Schiffsliste zählte die I. Cajüte 116, die II. Cajüte 107 Passagiere, und im Zwischendeck waren Erwachsene und Kinder in Summa über 900 vorhanden. Der Comfort, den das Schiff bot, war genügend, die Verpflegung war durchaus gut, die Bedienung aufmerksam, und der Preis, im Vergleich mit den deutschen Schnelldampferlinien, ein durchaus mässiger. Weniger angenehm war für viele die lange Dauer der Fahrt: von Christianssund an gerechnet, noch volle zehn Tage, und der nördliche Curs um Schottland herum. Unsere russische Gruppe hielt in guter Kameradschaft zusammen, auch mit den fremden Mitreisenden war bald Fühlung gefunden und das Gesamturteil muss entschieden lauten: «es war eine gemütliche, anregende, vielfach interessannte Fahrt». Die ersten Reisetage waren empfindlich kühl und windig, wenn auch sonnig. Sonntag den 31. August, Morgens, sahen wir die Orkney- und Schettlandsinseln, zwischen welchen der Curs des Dampfers hindurchgeht. Ein Choral — gespielt von der Schiffscapelle — weckte die Schläfer. Wind und Seegang nehmen stetig zu, es fehlen bereits viele an den Tischen. Montag, den 1. September, ist den ganzen Tag stark bewegte See. Wir erhalten die ersten Radiotelegramme, die dem Dampfer aus England übermittelt werden. Dienstag, den 2. September, bewölkt, dazwischen Regen; Wind und Seegang ziemlich stark. Radiotelegramme melden den Ausbruch der Cholera in St. Petersburg, sowie das Gerücht, Graf Witte solle Minister der auswärtigen Angelegenheiten werden. Mittwoch, den 3. Sept. ist ebenfalls ein trüber, windiger und regnerischer Tag, dabei ist es so kalt, dass geheizt wird in den Sälen und Cabinen. Donnerstag, den 4. September hatten wir den schlechtesten Tag der ganzen Reise. Die Windstärke betrug nach Angabe der Officiere 7 bis 9 Ball. Die Zahl der Seekrankan steigt. Gegen Abend wurde es stetig besser. Freitag, den 5. Sept. hatten wir mit Unterbrechungen Sonnenschein und eine nur schwach bewegte See. Zum Abend war im grossen Speisesaal eine Concertunterhaltung angesagt. Die ausübenden Künstler stellten die Passagiere unter Leitung des dänischen Violinvirtuosen Herrn Adel Skowgaard. Die Einnahme aus den freiwilligen Spenden wurde im Betrage von 162 Kronen einer Casse überwiesen, die unbemittelte Schiffsjungen aussteuert.

Gegen Abend wurde, seit wir die norwegische Küste verlassen, zum ersten Male ein Dampfer gesehen, so einsam ist es auf dem weiten Ocean, obgleich Tausende von Schiffen ihn beständig in allen Richtungen kreuzen. Sonnabend, den 6. September war es so warm und sonnig, dass man zum ersten Male während der Reise ohne Ueberzieher auf dem Deck sitzen konnte. Es wurde fleissig photographiert und — studiert, denn auf allgemeinen Wunsch hielt uns Dr. Wladimirow unter dem blauen Himmel einen Vortrag. Sonntag, den 7. Sept. erfreute alle wiederum ein schöner sonniger Tag. Eine Besichtigung des Schiffes in allen seinen Teilen wurde unter Führung vorgenommen. Dann brachte der Tag das sogenannte Capitänsdiner, welches unter fröhlichen Scherzen sehr animiert verlief. Abends wurde auf dem Deck getanzt, wobei unsere Masurkatänzer grossen Beifall fanden. Der Montag, 8. September, war ein herrlicher warmer Tag. Um ¹/₂2 Uhr nachmittags erblickte man das erste Leuchtschiff welches zum New-Yorker Hafen den Weg zeigt. Dienstag den 9. September, 5 Uhr morgens, lagen wir vor Staten Island in Erwartung des Sanitätsarztes von der Quarantänestation. Nachdem eine sehr summarische Besichtigung der Zwischendeckpassagiere erledigt worden, durften wir um ¹/₂8 in den inneren Hafen und weiter den Hudson hinauf nach Hoboken an den Pier der Skandinavien-Linie. Die Sonne kämpfte vergebens gegen Nebel und Rauchwolken. Die Einfahrt bot uns daher nicht das Bild, das wir späterhin mehrfach zu bewundern Gelegenheit hatten. Das Wahrzeichen New-Yorks, die Colossalstatue der Freiheit, grüsste uns aber auch durch den Nebel. Von der Zollbesichtigung sollten alle zum Congresse anreisenden Aerzte befreit sein, jedoch musste man sich als Mitglied des Congresses legitimieren. Leider war das nicht genügend bekannt gegeben worden. Ich und einige andere wurden sofort von der Besichtigung befreit, die Mehrzahl musste aber die sehr peinliche und eingehende Revision abwarten. Um ¹/₄11 Uhr war auch das erledigt, und unsere ganze Gesellschaft durfte frei den Boden der Neuen Welt betreten. Nur hier unter uns, Dr. Wladimirow war bereits in den Vereinigten Staaten gewesen, uns anderen bot jeder Blick, jeder Schritt etwas neues. In der Person des Herrn G. Nelidow hatte unser Nationalcomitee einen Agenten geworben, der uns empfing, um den der Sprache unkundigen Landsleuten behilflich zu sein; Herr Nelidow hatte auch für Unterkunft im Hotel und für die Beförderung des Gepäckes vorgesorgt. Dr. Unterberger und ich, wir hatten noch die Freude, von einem lieben Landsmanne und Frater, Cand. jur. Oskar Hagen begrüsst zu werden, der seit 1894 in Amerika lebt und an den russischen Consulaten zu Chikago, Pittsburg und New-York tätig ist. Der Tag unserer Ankunft in New-York und der folgende, Mittwoch, 10. Sept., konnten der Ruhe und der Besichtigung gewidmet werden. Das erste, was gemeinschaftlich unternommen wurde, war natürlich eine Orientierungsrundfahrt auf einem grossen offenen Automobilomnibus. Solch eine Fahrt ist durchaus empfehlenswert; im Laufe von 2¹/₂ Stunden sieht man ohne Ermüdung soviel wie es auf keine andere Weise möglich wäre. An einer bestimmten Stelle — etwa nach einstündiger Fahrt — ist plötzlich ein Photograph vorhanden, der den ganzen Wagen mit allen seinen Insassen aufnimmt. Das wird kaum beachtet und es geht weiter. Aber siehe da, am Schlusse der Fahrt ist das gut entwickelte Bild schon fertig und auf Carton geklebt und wird den Fahrgästen zum Kauf angeboten. Natürlich nimmt fast ein jeder das Blatt zum Andenken.

Das war die erste amerikanische Schnellleistung im Geschäftsbetriebe die wir zu sehen bekamen. Mittwoch Abend und im Laufe des Donnerstag Vormittags, den 11. Sept., musste nach Philadelphia aufgebrochen werden. Vom 10. bis zum 13. Sept. tagte hier die «Internationale Tuberculose-Conferenz», jedoch waren einzelne der Sitzungen allen Congressmitgliedern zugänglich, und zu Ehren der Con-

gressgäste wurden einige Empfänge und Besichtigungen dargeboten.

Das für alle gültige Programm Philadelphias war folgendes: Mittwoch Abend 8 Uhr — den 10. Sept. — Oeffentlicher Vortrag von Prof. G. Pannwitz-Berlin «Sociales Leben und Tuberculose». Donnerstag, den 11. September, 10 Uhr Vorm., Besuch der Universität von Pennsylvania und halb ein Uhr Frühstück daselbst. Abends 8 Uhr, Vortrag von Dr. Th. Williams-London, «Die Entwicklung der Behandlung der Lungentuberculose». 9 Uhr Abends in den Sälen des Hotel Bellevue-Stratford ein Empfang und Bewirtung seitens des Henry Phipps Institutes. Was wir auf unserer Tour an medicinischen Einrichtungen zu sehen bekamen, sei es zu Lehr-, sei es zu Heilzwecken, zeichnete sich aus durch Reichtum in der Ausführung und Ausstattung, durch peinliche Sauberkeit und Accuratesse und durch practische Betriebserleichterungen, die oft bis in den kleinsten Dingen zum Ausdruck kam. Nach englischem Vorbilde ist jede Facultät, jedes College, ein abgeschlossenes Ganzes für sich. So reich ausgestattete Hörsäle, Laboratorien, Cabinete und Sammlungen, so reiche gemeinschaftliche Wohnhäuser für die Studierenden, wie hier in Philadelphia — habe ich nirgends gefunden. Dabei darf nicht vergessen werden, dass alles durch freiwillige private Sammlungen und Stiftungen begründet wurde und unterhalten wird Der Staat leistet keine Mithilfe. Im Leben der amerikanischen Studenten scheint der Sport eine noch grössere Rolle zu spielen als es an den englischen Universitäten der Fall ist. Die Pensylvania-Universität besitzt ein grosses Gebäude, «Gymnasium», von 275 Fuss Frontlänge, welches nur sportlichen Interessen dient. Unter anderem befindet sich dort ein Schwimmbassin von 100 Fuss Länge und 30 Fuss Breite. Der Turn- und Sportplatz, der unmittelbar am Gymnasium liegt, das «Franklin-Feld», ist von Tribünen umgeben, die 23000 Sitzplätze bieten. Im Clubhause der Studenten ist ein Saal, gefüllt mit den verschiedensten Siegespreisen der zahlreichen Sportvereinigungen. Diese Sammlung soll bereits einen sehr ansehnlichen Wert repräsentieren. Das Studium ist teuer. Die Collegiengelder betragen 200 Dollar und 100 Dollar kostet das Zimmer, so dass im Minimum 600 Dollar pro Jahr das Studium kostet. Der practische Amerikaner hat aber wohl längst herausgefunden, dass Studieren nicht jeder Mannes Sache sein soll, und er hütet sich wohl durch Stipendien und Freiplätze ein Proletariat mit höherer Bildung heranzuziehen. Das Henry Phipps-Institut — von dem bekannten Pittsburger Multimillionär begründet — gehört zur Universität und dient experimentellen medicinischen Forschungen, wie das unsrige oder das durch Prof. R. Koch in Berlin geleitete gleichartige Institut. Phipps Institut hat aber ausserdem eine klinische Abteilung mit Betten, und hier werden ausschliesslich Tuberculöse behandelt und gepflegt nach den neuesten wissenschaftlich begründeten Methoden. Freitag, den 12. Sept. Von 9 Uhr Morgens ab im grossen Saale der Horti-cultural Hall Vorträge, die jedem Congressmitgliede zugänglich waren. Dem Publicum war der Zutritt ebenfalls frei gegeben; recht viele Damen waren anwesend. «Fürsorge für die vorgeschrittenen Fälle von Tuberculose», «Schutzmassregeln gegen Infection mit Tuberculose», «Hygienische Anforderungen für Heilstätten», «Tuberculose und Recht», «Tuberculose und Verkehr», «Antituberculöse Erziehung», — das waren die Themata, an denen sich zahlreiche Redner beteiligten. Prof. v. Leube, Würzburg, sieht in der Ausstreuung der Tubercelbacillen durch Anhusten die häufigste Art der Infection von Person zu Person. Er bringt schwerwiegende Zahlen darüber, in welchem Umfange das Pflegepersonal in den Hospitälern und Heilstätten und die Angehörigen Tuberculöser in den Privatwohnungen angesteckt werden. Er empfiehlt und demonstriert Papierbehälter mit grossen Wattestücken gegen die gehustet werden soll und die dann beliebig oft verbrannt werden. Die Verpflegung in Krankenhäusern ist die beste Fürsorge für Tuberculöse, hat aber noch viel mit Vorurteilen zu kämpfen und ist oft zu teuer. Isolierung der vorgeschrittenen Fälle von Tuberculose ist zu verlangen, im Falle der Weigerung eventuell zu erzwingen. Er ist für Anzeigepflicht. Soll ein Tuberculöser im vorgeschrittenen Stadium durchaus zu Hause behandelt werden, dann wäre mindestens ein apartes Zimmer zu verlangen, aber das ist nur selten zu haben. Desinfection von Wohnräumen und Gebrauchsgegenständen müssen die Gemeinden übernehmen. Von 80000 Tuberculösen, die jährlich in Deutschland sterben, kommen nur 12000 auf die Hospitäler, Heil- und Heimstätten, 68,000 sterben zu Hause und verbreiten die Krankheit durch direkte Ansteckung! Meyer — Berlin hebt hervor, dass Schwerkranke in Heil- und Liegeanstalten oft nicht aufgenommen werden. Eine Isolierung ist der Kosten wegen nicht durchzuführen. Belehrung darüber, dass der Tuberculöse die Familienglieder anstecken kann, und wie beide Teile sich zu verhalten haben — diese Kenntnisse sind möglichst zu verbreiten. Er verlangt eine hygienische Erziehung. Philip-Edinburg verlangt die Vernichtung der Tubercelbacillen, wo es nur irgend möglich erscheint, im Sputum, im Harn, in den Faeces. Er empfiehlt den Gebrauch von Papierservietten, die billig sind und verbrannt werden können. Belehrung, Stärkung des Gesamtorganismus um ihn widerstandsfähiger zu machen, antituberculöse Erziehung verlangt auch er. Die Tuberculose ist eine gefährliche Infectionskrankheit, und daher sollten alle Massnahmen zu ihrer Einschränkung gebraucht werden und erlaubt sein. Geheimrat Koch ist ebenfalls für Isolierung und zwar so früh als möglich. Der Tuberculösen sind zu viele, die Isolierung, wenn überhaupt möglich, kommt oft zu spät, um die Angehörigen zu schützen. In der Periode, wo der Patient sich nicht selber krank weiss, sieht auch ein Unparteiischer oft nichts, und in der Zeit kann er doch schon anstecken. Ein «zu spät»! — Das fürchtet Koch auch für die Tuberculose. Die vorgeschrittenen Fälle sind die gefährlicheren für die Umgebung. Alle kann man ja nicht isolieren, aber soweit es möglich ist, soll es geschehen. Koch warnt davor, die isolierten Kranken zu früh zurückkehren zu lassen; das wäre unnütze zeitweilige Belästigung. Aber auch alle Massnahmen der Desinfection und Bacillenvernichtung sollen Beachtung finden. In den Privathäusern hat die Abwehr der Ausbreitung der Tuberculose zu beginnen durch Belehrung. Die fortgesetzte Reinfection, die ein unerzogener und unachtsamer Kranker veranlassen kann — das ist die Gefahr. Man erziehe den Kranken und seine noch gesunde Umgebung, und so Mancher kann ohne Schaden für die Umgebung im Hause bleiben.

Um $^{1}/_{2}$1 Uhr wurde dem Jefferson College und Hospital ein Besuch gemacht, an welchen sich daselbst ein Frühstück anschloss. Es ist eine private Stiftung. Der Unterhalt und die jährlichen Deficite werden privatim gedeckt. Der 8 Stock hohe Bau ist zum Teil erst im vorigen Jahre fertig gestellt worden mit einem Aufwand von $1^{1}/_{2}$ Millionen Dollar. Alles ist ungemein reich und solide ausgeführt. In den Privatzimmern geben die Preise bis zu 150 Dollar pro Woche ohne Honorar für Behandlung oder Operation. Die flachen Dächer tragen kleine Gartenanlagen, dort ergeben sich die Reconvalescenten. Gewisse Patienten liegen in Hänge- und Schwebebetten besonderer Construction dort den ganzen Tag. Die Höhe bietet gute Luft, und die weite Aussicht auf die Stadt und das Meer bringt angenehme Zerstreuung.

Freitag Abend 8 Uhr gab die Stadt Philadelphia im Bellevue-Stratford Hotel den Mitgliedern des Congresses ein Diner. Im selben Hotel war ich abgestiegen, dem Himmel so nahe wie noch nie, denn ich hauste im 15. Stock, Zimmer 1582. Acht Lifte von denen 4 dem Localverkehr, von Etage zu Etage, 4 dem Schnellzugsverkehr, von unten direct in die drei obersten Etagen dienten, liessen mich diese Erhöhung weiter gar nicht empfinden. Luft und Aussicht waren um so besser.

Sonnabend den 13. Sept. Von 9 Uhr Morgens ab im grossen Saale der Horticultural Hall jedem zugängliche Vorträge. Hervorheben will ich die Mitteilung Heymans-Gent, der über die Gefahr der tuberculösen Infection durch Milch sprach. Er hält es für erwiesen, dass der Mensch durch Milch inficiert werden könne. Die Rinder werden inficiert durch Ausscheidungen von tuberculösen Menschen: Cloacendüngung, Spucken auf das Futter. Gesunde Menschen werden auch die Tiere gesund bleiben lassen. Robert Koch vertritt auch in dieser Frage kurz folgenden Standpunkt: Er hält es für möglich, dass Rindertuberculose auf den Menschen übertragen wird, glaubt aber, es sei ein seltenes Vorkommnis, und wenn es geschieht, dann ist die Infection leichter vom menschlichen Organismus zu überwinden als bei humaner Infection. Die Lungentuberculose des Menschen, welche ja den Hauptangriffspunkt für alle Massnahmen der Tuberculose-Bekämpfung bildelt, wird nicht durch bovine sondern durch humane Tuberkelbacillen veranlasst. Diese Tatsache darf nicht vergessen werden, damit nicht durch Bekämpfung der weniger wichtigen Rindertuberculose Kräfte dem Kampfe gegen die Menschentuberculose entzogen werden. Die Versorgung mit guter bacterienfreier Milch ist gewiss nützlich; man will Tuberkelbacillen töten, macht damit oft zugleich Typhus-, Scharlach-, Diphteriebacillen unschädlich, und das ist immer nützlich. Bei Bekämpfung der humanen Tuberculose soll man aber die Milch nicht in den Vordergrund stellen. Die Hauptsache ist, eine Verstreuung der menschlichen Tuberkelbacillen zu verhindern. Das können wir erreichen durch Belehrung, Verbesserungen in den Wohnungsverhältnissen, strenge Spuckverbote, Unschädlichmachung der Abscheidungen Tubeculöser (Sputa-Harn-Faeces) und durch Behandlung in abgeschlossenen Tuberculosehospitälern und Sanatorien. Koch verlangt nach gut dotierten Instituten für Tuberculoseforschung. Unpractisch ist es, einzelne Untersucher materiell zu unterstützen.

Um $^{1}/_{2}$1 Uhr folgte ein Besuch des Medico-chirurgical College und Hospital mit nachfolgendem Frühstück.

Die zu 2 Uhr angesagte Schloss-Sitzung, welche Berichte über die Fortschritte der Tuberkulosebekämpfung in den ein-

zelnen Ländern bringen sollte, habe ich nicht mitgemacht. Ich verwand die Zeit zu einem Besuch der Universitäts-Augenklinik unter Führung Professor Schweinitz's den ich 1900 in Paris kennen gelernt hatte. Es bereitete mir eine gewisse Genugtuung zu constatieren, dass unsere St. Petersburger Augenheilanstalt in keiner Beziehung hinter jener Anstalt zurücksteht, ja wir besitzen in unserer speciellen Abteilung für augenkranke Kinder einen nicht unwesentlichen Vorzug.

Um 4 Uhr wurde mit Extrawagen der electrischen Strassenbahn zur Besichtigung des ausserhalb der Stadt gelegenen «Josephine Widener Andenkens» hinausgefahren. Es ist das eine Heilanstalt und Schule für verkrüppelte Kinder. Infantile spinale Paralysen, Gelenk- und Knochenerkrankungen überwiegen. Das sehr grosse Grundstück und die geradezu protzig reich gebauten und eingerichteten Abteilungen dieser Stiftung haben 4 Millionen Dollar gekostet. Behandlung und Schulung gehen nebeneinander. Ein Kindergarten und aufsteigend fünf Schulklassen dienen dem Unterricht. Weiter wird dann noch in verschiedenen praktischen Arbeiten unterwiesen. Unter den Pflegeschwestern fanden wir eine Russin, auch einige russisch sprechende Kinder unter den Pfleglingen. Die Landsmännin erzählte uns, dass das Institut zur Hebräergemeinde Philadelphias gehöre. Fast alle Pfleglinge werden ohne Zahlung behandelt und geschult. Die Gage der Pflegerinnen steigt bis auf 100 Dollar pro Monat. Zur Zeit beherbergte die Anstalt vierundsechzig Pfleglinge. Unwillkührlich muss man sich hier die Zweckmässigkeitsfrage stellen: Was wird mit einem so riesigen Aufwand von Mitteln erreicht? Wieviel gesunde Kinder lassen sich mit den Mitteln erziehen, die hier auf einen Krüppel angewandt werden? Ich muss gestehen, dass die Schaar der mit allen möglichen Apparaten gestützten und kläglich herumhumpelnden Kinder in der luxuriösen Umgebung einen höchst unsympathischen Eindruck macht. Den praktischen Amerikanern hätte ich die Begründung und Unterhaltung eines derartigen Luxusinstitutes nicht zugetraut. Auf die Besichtigung der Anstalt in allen ihren Teilen folgte ein Essen.

Zu 8 Uhr Abends war ein öffentlicher Vortrag von Prof. Calmette-Lille über «die neuen Methoden der Frühdiagnose der Tuberkulose» angesagt.

Herren des zur Universität gehörigen Athletenklubs hatten mehrere Collegen aufgefordert, einen echten ernsten amerikanischen Boxerkampf anzusehen. Die Zahl derer, die sich dafür interessierten, war nicht gross — aber ich muss sagen, es lohnt sich, das anzusehen. Nur Männer haben Zutritt. Ein Arzt muss dabei sein, der die Kämpfer vor und nach dem Kampfe auf ihr Herz zu untersuchen verpflichtet ist. Es ist ein recht rohes Schauspiel, aber macht einen sehr starken Eindruck und ist sportlich interessant, wie alles, wo es auf Gewandheit und Mut ankommt. Die rohe Kraft allein unterliegt.

Der Sonntag, 14. Sept., musste zur Weiterreise nach Washington benutzt werden. Mit dem Schnellzuge wird die Strecke in fünf Stunden zurückgelegt. Es standen mehrere Züge zur Verfügung. Wem es nicht darauf ankam, spät Abends in Washington einzutreffen, der konnte noch mit einem Extrazuge zur Besichtigung des städtischen Sanatoriums für Lungenkranke von Philadelphia aus einen Abstecher machen. Ich war bereits von 4 Uhr nachmittags in Washington. Der neue Centralbahnhof, ein aus weissem Marmor aufgeführter Prachtbau, von einer Grösse wie wir in Europa keinen haben, verriet in keiner Weise, dass die Stadt zahlreiche Congressgäste erwartet. Vergebens hielt ich Umschau. Eine Dejour einiger sprachkundiger Personen, die den Ankommenden sofort gewünschte Adressen und das Programm für den folgenden Tag zu übergeben hatten, wäre gewiss leicht einzurichten gewesen. Auffallender Weise konnte ich im Hotel nicht sofort erfahren, wo sich das Bureau für den Congress befindet. Mein erster Gang war natürlich auf die Post, wo Briefe für mich liegen mussten. Hier erfuhr ich, dass im Gebäude des «Neuen National-Museum» Alles vereinigt sei: Bureau, Postabteilung für den Congress. Sitzungsräume für alle Sectionen, die Ausstellung. Also dahin. Bald stand ich vor einem Gebäude, an dem sichtlich noch gebaut wurde, aber einige Flaggen und Schilder, angebracht an einem Bretterzaune, der das Gebäude umgab, verrieten, dass wir uns am richtigen Platze befanden. Es hatten sich unterdessen noch Andere eingefunden; aber es fand sich alles geschlossen, und wir konnten weder Briefe noch ein Programm erhalten und mussten unverrichteter Sache abziehen. Ein nochmaliger Versuch, den ich mit Dr. Wladimirow und einem amerikanischen Collegen unternahm, hatte auch keinen Erfolg. Dieses war jedenfalls ein recht empfindlicher Mangel in der Organisation. Wohl noch mehr als in Europa war es notwendig, Bureau und Postabteilung mindestens einen Tag vor Eröffnung des Congresses offen zu halten.

Montag, der 15. Sept., war ein trüber, windiger, aber heisser Regentag. Um 9 Uhr Morgens ging ich zum Neuen Nationalmuseum. Dort herrschte bereits ein starkes Gedränge. Das Museum ist ein grosser weiter Neubau, der noch gänzlich unvollendet ist. Um die Räume für die verschiedenen Bedürfnisse des Congresses brauchbar zu machen, waren im Innern aus Holz die verschiedensten Interimsbauten ausgeführt worden, und die nackten, unfertigen Wände hatte man hin und her mit Flaggen verhängt oder mit leichten Geweben bedeckt. Raum war jedenfalls genug vorhanden, das Auge fand aber keine Befriedigung. Auch die Umgebung des neuen Museums ist nicht schön: ein Gemüse und Obstmarkt und unbebaute Plätze. Um 12 Uhr erfolgte die officielle Eröffnung des Congresses. Bei uns in Europa ist die Congresseröffnung wohl immer ein feierlicher Akt, zu dem man im Frack, in Uniform, erscheint — hier erschien Jeder wie er wollte; Viele, da es heiss war, waren nach amerikanischer Mode ohne Weste mit einem Hosengurt erschienen. Neu war auch, dass Jedem, ob Mann ob Weib, ob schwarz ob weiss, der Zutritt gestattet war, wenn er auch nichts verstand und garkeine Beziehungen zum Congresse hatte. Wo nicht Entrée zu zahlen ist, da darf jeder amerikanische Bürger eintreten, wenn es ein öffentliches Lokal ist. Es fanden sich sogar auf den Armen getragene ganz kleine Kinder, die durch Geschrei störten! Dafür war aber Musik da! Mit einem flotten Marsch wurde die Eröffnung eingeleitet. Dann folgte eine sehr lange Eröffnungsrede und wer dabei eingenickt war, wurde durch einen Walzer aufgeweckt. In langer Reihe folgten nun Ansprachen durch die Vertreter der verschiedenen Staaten. Für Russland sprach Dr. Wladimirow in deutscher Sprache. Der kleine Japaner wurde, noch ehe er zu sprechen begonnen, mit Applaus empfangen — warum? das habe ich nicht erfahren können. Als Robert Koch aufgerufen wurde, erhob sich das gesammte Publikum wie ein Mann, und Applaus und Hochrufe ertönten. Da wusste jeder, dass das eine wohlverdiente spontane Ehrung des grossen Gelehrten und Forschers, des Entdeckers des Tuberkelbacillus war. Noch am selben Tage begannen um ½3 Uhr nachmittags die wissenschaftlichen Sitzungen. Sieben Sektionen waren vorhanden: I. Pathologie und Bacteriologie der Tuberkulose. II. Klinische und therapeutische Forschungen. Ambulatorien, Hospitäler, Sanatorien. III. Chirurgie und Orthopädie. IV. Tuberkulose des Kindes, Aetiologie, Behandlung, Vorbeugende Maasnahmen. V. Die Tuberkulose vom hygienischen, gesellschaftlichen, gewerblichen und wirtschaftlichen Standpunkte. VI. Die Bekämpfung der Tuberkulose durch den Staat und die Gemeinden. VII. Die Tuberkulose der Haustiere und deren Wirkung auf den Menschen.

In allen Sektionen waren 235 Mitteilungen angemeldet worden. Das wichtigste aus dem Inhalte der angemeldeten Vorträge lag gedruckt vor und gelangte bereits am ersten Tage zur Verteilung. Man konnte sich also bequem vorbereiten und die Vorträge anmerken, die man hören und discutieren wollte. Die englische Sprache überwog stark, sowohl in den Vorträgen wie in der Discussion, den zweiten Platz beanspruchte das Deutsche und an dritter Stelle kam das Französische. Mehrfach fanden combinierte Sitzungen zweier Sektionen statt. Die Sektionssitzungen fanden statt: Morgens von 9—1, Nachmittags von 2—5, falls die Zeit nicht anderweitig in Anspruch genommen wurde. An jedem Abend—nach 8 Uhr — der Congresswoche wurde ein öffentlicher, jedermann zugänglicher Vortrag gehalten. Die Vortragenden hatte das Centralkomitee vorher dazu aufgefordert. Den ersten dieser Vorträge hielt Dr. Wladimirow über das Thema «Zur Biologie des Tuberkelbacillus». Von 9 bis 11 Uhr abends konnte man in den prächtigen Sälen und Gallerien des Corcoran Kunstmuseums ein Promenadenconzert anhören. Dieses Mal war die Gesellschaft eine geschlossene. Die Damen in grosser Toilette, die Herren im Frack. Leider beinträchtigte ein Gewitterregen den Besuch. Dienstag, der 16. und Mitwoch, der 17 Sept. waren Tage die ganz der Arbeit in den Sectionen oder der Besichtigung der schönen Stadt gewidmet werden konnten. Sehr lohnend und leicht ausführbar per Boot oder Bahn sind Ausflüge an den Potomak, Rock Creek Park und den zoologischen Garten. Donnerstag, den 18. Sept. 8 Uhr abends wurde den Congressmitgliedern von den Staatssecretairen in den Sälen des Hotels Willard ein Diner gegeben. Nach dem ersten Gange erfolgte bei Blitzlicht eine photographische Aufnahme, und auch hier war noch vor Schluss des Diners ein Probebild in sehr grossem Format bereits fertig zur Ansicht, und Bestellungen wurden eingesammelt. Den gehaltenen Reden folgte sofort das Spiel der Nationalhymne des Redners. Im Namen der russischen Gruppe dankte Dr. Wladimirow in französischer Sprache.

Freitag, 19. September. Hier will ich hervorheben, dass Dr. Ladislaus Detre aus Budapest es möglich gemacht hatte, vor der I. und II. Sektion eine ganze Reihe von Patienten zu demonstrieren, die human und bovinempfindlich waren. Wie Pirquet, appliciert er auf die Haut ein Filtrat einer menschlichen Tuberkelbacillencultur oder das Filtrat einer Rindertuberkelbacillencultur. Er behauptet nun, bei Lungen-

tuberkulose reagieren die Patienten human; bei Visceral-, Drüsen- und Knochentuberkulose überwiegt die bovine Reaction. Bei der bovinen Reaction ist die betreffende Hautstelle sichtlich stärker beinflusst: der Fleck ist grösser, röter, es bildet sich eine höhere Papel.

Um 1/23 Uhr empfing der Präsident der Vereinigten Staaten, Theodor Roosevelt, und seine Frau Gemahlin die Congressmitglieder im Weissen Hause. Es geschah dieses in der Form einer sogenannten Defiliercour. Von einigen Herren in der Uniform der amerikanischen Marine umgeben, empfingen sie in einem kleinen Salon. Paarweise, in kleinen Gruppen trat man heran, einem Jeden wurde von beiden die Hand gereicht und ein freundliches Wort gesagt. Gute Musik spielte in einem der Vorsäle, die passiert werden mussten. Die Cour hat gewiss anderthalb Stunden gedauert.

Abends 9 Uhr bot die Stadt einen sogenannten «Smoker» in den Salen des Hotel Willard. Es war ein zwangloses zusammensein bei Musik, Bier und kalter Küche,

Sonnabend der 20. Um 11 Uhr vormittags war dann die Schlussitzung, die alle Sectionen vereinigte. Ich habe sie nicht mitgemacht. Eine Dampferfahrt auf dem Potomak bildete den Schluss des Unterhaltungsprogrammes. Im Verlaufe der ganzen Congresswoche wurde gewiss sehr vermisst das Vorhandensein eines Verzeichnisses der Congressmitglieder. Niemand kann sagen, wieviel Aerzte und wie zahlreich aus jedem Lande erschienen waren. Das hat den Verkehr, ein zeitiges gegenseitiges Aufsuchen und Anknüpfen sehr beinträchtigt. Gar zu wenig Rücksicht war auf das Sprachenbedürfnis genommen worden, Programmänderungen, Einladungen, Anzeigen wurden ausschliesslich in englischer Sprache und ungenügend, oft nur in geschriebener Form durch Aushängen bekannt gemacht. Abzuwarten bleibt, wie der Gesammtbericht ausfallen wird, der allen Mitgliedern des Congresses zugesand werden muss. In reichem Masse wurde auch in kleinen Kreisen Gastfreundschaft geboten, und ein Damencomitee sorgte für die Unterhaltung der Frauen und Töchter der Congressmitglieder.

Die sehr reich beschickte Ausstellung war überaus lehrreich und überzeugend. Aus allen Teilen der civilisierten Welt war Material zusammengebracht worden, um zu zeigen, wie gefährlich und ausbreitungsfähig die Tuberkulose ist, wie stark die Krankheit in den verschiedenen Ländern und Staaten herrscht, welche Mittel zu ihrer Bekämpfung in jedem Lande bereits vorhanden sind. Die deutsche Abteilung war die grösste und bot bei weitem das Interessanteste. Wie es im Catalog heisst, ist die deutsche Abteilung der Ausstellung im Rahmen eines Tuberculose-Wandermuseums gehalten. Sie umfasst fünf Abteilungen: 1. Die Ursachen der Tuberkulose. 2. Die Ausbreitung der Tuberkulose. 3. Die Verhütung der Tuberkulose. 4. Die Behandlung der Tuberkulose. 5. Die Belehrung über die Tuberkulose. An Anstalten zur Bekämpfung der Tuberkulose besitzt Deutschland zur Zeit: 99 Volksheilstätten, 56 Privatanstalten. Für Kinder sind 91 Anstalten vorhanden. Es gibt 175 Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke. Walderholungsstätten, Invaliedenheime, Pflegestätten giebt es in Summa 131. In runder Summe können jährlich bis 100,000 Individuen behandelt und gepflegt werden. Nächst Deutschland scheinen — nach der Ausstellung beurteilt — die Vereinigten Staaten am reichsten an Kampfmitteln gegen die Tuberkulose zu sein. Zweiundzwanzig Staaten der Union haben die Ausstellung beschickt. Das Central-Comite hat für die besten Leistungen in Bezug auf Verhütung oder Heilung der Tuberkulose Belohnungen vorgesehen, und zwar 5 Geldprämien zu je 1000 Dollar und 7 Geldprämien zu je 100 Dollar. Aus dem Hodgkins Fond war ein Preis von 1500 Dollar ausgesetzt. Weiter sollten 32 goldene und 69 silberne Medaillen zur Verteilung gelangen.

Mir persönlich hat der Congress und die Ausstellung viel Neues geboten. Ich bin darüber belehrt worden, eine wie hervorragend ansteckende Krankheit die Tuberkulose ist; ich verstehe es jetzt richtiger zu würdigen, eine wie grosse Gefahr vorgeschrittene Phthisiker, besonders bei ungünstigen Wohnungsverhältnissen, für die Weiterverbreitung der Tuberkulose bilden. Ich habe kennen gelernt, welche Masnahmen zur Zeit als die besten gelten, um eine Ausbreitung der Seuche einzuschränken. Welche Resultate bei der Behandlung in den Hospitälern, Sanatorien, Colonien erzielt werden können, darüber bot die Ausstellung ein reiches Material. Was die practisch so ungemein wichtige Frage der möglichst frühen Diagnose der Tuberculose betrifft, scheint die subcutane Tuberculinmethode die zuverlässigste zu sein; darnach kommt die cutane Reaction und erst an dritter Stelle die Augenreaction. Was die Ophthalmo-Reaction betrifft, ist ein grosses Material von verschiedenen Forschern gesammelt worden. Alle behaupten, dass schwerere Störungen oder dauernde Beschädigungen der Augen nicht vorkommen. Schliesslich habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass im Kampfe gegen die Tuberculose schöne Erfolge erzielt werden können, und dass wir dieser Seuche gegenüber gar nicht so machtlos sind, wie es, bei ihrer riesigen Verbreitung in allen Teilen der Welt, von so vielen angenommen wird. Aber es verlangt dieser Kampf grosse Geldmittel und der Sache voll und ganz ergebene Kämpfer.

Um den Congressgästen Gelegenheit zu geben, die Staaten kennen zu lernen, hatten sich in folgenden Städten Comitees organisiert: New-York, Philadelphia, Boston, Baltimore, Chicago, Cleveland, Buffalo, Saranak, Lake, Detroit und Pittsburg. Von diesen Comitees waren Einladungen ergangen und zwar: nach Baltimore zu Montag, den 22. Sept., nach Boston auf Dienstag und Mitwoch, den 23. und 24. Sept., nach New-York auf Donnerstag, Freitag, Sonnabend den 25., 26., 27. Sept. Aus den anderen genannten Städten war die Einladung ohne festen Termin, man sollte kommen, wann man wollte, nur war die Bitte ausgesprochen, man solle sich in Gruppen von mindestens 10 Personen zusammenschliessen und vorher das Eintreffen anmelden.

Sonnabend Abend, spätestens am Sonntag, den 21. Sept erfolgte ein allgemeiner Aufbruch aus Washington. Wer Lust hatte, konnte die folgende Woche den genannten Einladungen entsprechend verbringen, man musste sich nur mit späten Abendfahrten abfinden. Unsere russische Gruppe löste sich nun auf. Dr. Iversen und ich, wir zogen es vor, direkt nach Norden über Baltimore, Harrisburg, Milton, Williamsport, Buffalo an den Niagara zu gehen, den wir bereits Sonnabend Abend 9 Uhr bei hellem Mondschein erreichten. Dieses unvergleichliche Weltwunder fesselte uns bis Dienstag Morgen den 23. Sept. Dann gingen wir über Rochester, Syracus und Albany nach Boston, das wir spät abends erreichten. Mitwoch, den 24. Sept. besichtigten wir die schöne Stadt und vor Allem die berühmte Harvard-Universität, die älteste Hochschule in den Vereinigten Staaten. Die 1780 begründete Universität besitzt zur Zeit ein Capital von mehr als 20 Millionen Dollars. Der Schätzungswert des 500 Acres grossen Areals nebst den darauf befindlichen Gebäuden ist mit 12 Millionen Dollars angegeben. Der Lehrkörper und die Administration ist 641 Personen stark. Im Jahre 1906/1907 zählte die Universität in allen ihren Abteilungen 51,111 Studenten. Genauere Beschreibungen will ich nicht geben, ich kann nur sagen: Man sieht und staunt! Auch nur annähernd Aehnliches findet sich in Europa nirgends.

Mit einem erstaunlich schnell gehenden Turbinendampfer gingen wir abends zurück nach New-York. Bei herrlichem, klarem Sonnenwetter trafen wir 1/28 Uhr morgens hier ein — Donnerstag, den 25. Sept. Unsere russische Gruppe fand sich hier wiederum vollzählig zusammen. Die drei New-Yorker Festtage boten ein derartig reiches Programm, dass sie zugleich zu richtigen Hetztagen wurden. Sehr gut quartiert war ich im Hoffmann-House am Madison-Square — 9. Stock, 582. Das New-York-Programm begann am Donnerstag Morgen 9 Uhr mit einer Rundfahrt auf Automobilomnibussen. Um 1/21 erfolgte in der City Hall eine Begrüssung durch den Mayor of New-York Mc. Clellan. Um 1/22 wurde mit einem städtischen Dampfer auf die Rhede hinausgefahren, wobei die Quarantaine-Station, und das am Meeresstrande gelegene «Sea Breeze Hospital» für tuberculöse Kinder besichtigt wurde. Ein Frühstück wurde an Bord serviert. Erst mit Eintritt der Dunkelheit waren wir wiederum zurück. Einen sehr effektvollen Anblick bietet die Stadt New-York bei Beleuchtung. Um 7 Uhr abends folgten wir einer Einladung zum Diner in den Yale Club, und der Abend schloss mit einem Empfang in der Academy of Medicine. Freitag den 26. Sept. ging es morgens mit dem städtischen Dampfer hinaus nach Ellis Island, wo sich die grosse Station für die Einwanderer befindet. Die Kranken werden hier zurückgehalten bis zur Genesung. Alle, denen aus anderen Gründen die Einwanderung versagt werden soll, werden von hier direkt auf die Schiffe zurückgebracht, die sie hergebracht haben. Es sind Jahre vorgekommen, wo bis zu Anderthalb Millionen Einwanderer hier durchpassierten. Auf der East River Seite wurde das Bellevue-Hospital und ein schwimmendes Hospital für Tuberculöse besichtigt. Um 2 Uhr landeten wir am Rockefeller-Institut. Zunächst wurde gefrühstückt und darnach das reiche und grosse Institut besichtigt. Das Rockefeller-Institut dient ausschliesslich experimentell-medicinischen Forschungen. Tuberculose- und Krebsforschung scheint zur Zeit im Vordergrunde zu stehen. Zwei Beispiele sogenannter Transplantationen, die bei aller Kühnheit der Ausführung gelungen waren, wurden uns hier gezeigt. Im Februar hatte man einem Hunde die Nieren fortgenommen und durch andere ersetzt, die einem Schweine entnommen waren. Alles heilte an und die Function der Nieren war normal. Der Hund war jedenfalls vollkommen munter. Einem anderen Hunde war ein Teil der grossen Körperschlagader (der Aorta) durch einen Teil der Oberschenkelarterie (Poplitea) eines Mannes, der amputiert wurde, ersetzt worden. Auch dieses Tier hatte sichtlich die schwere Operation gut überstanden. Ob derartige Operationen aber auch auf den kranken menschlichen Organismus werden Anwendung finden können? — Das ist gewiss noch eine ganz un-

gewisse Frage.—Der Dampfer umfuhr dann Manhattan Island (City of New-York) durch den East River, Harlem River, Hudson River. Wunder der Technik sind die grossen Brücken, unter denen der Dampfer während dieser Tour hindurchpassiert. Abends 8 Uhr folgten wohl alle einer Einladung, im Hippodrom eine Vorstellung anzusehen.

Sonnabend den 27. Sept. Für diesen Tag waren, je nach Auswahl, drei Besuche ausserhalb der Stadt vorgeschlagen: Loomis Sanatorium, Municipal Sanatorium, Montefiore Home Sanatorium.

Damit hatten die officiellen Programme ihr Ende erreicht. Wer wollte, konnte nun noch den Einladungen der genannten Städte Folge leisten, um Land und Leute näher kennen zu lernen. Die Meisten dachten aber wohl an die Rückreise, denn je später, um so weniger ist auf ruhige Ueberfahrt zu rechnen.

Für die Rückfahrt standen eine ganze Reihe von Dampferlinien zur Verfügung. Wer es eilig hatte, musste aber wohl eine deutsche Linie, nach Hamburg oder Bremen, benutzen von wo über Berlin die Heimreise nach Russland am schnellsten auszuführen ist. Von unserer russischen Gruppe wählten die Colleginnen und drei Collegen die Bremer-Linie.

Mit dem prächtigen Schnelldampfer «Kaiser Wilhelm II» verliessen wir Dienstag, den 30. Sept. vormittags 11 Uhr New-York. Ich wollte ohne Unterbrechung reisen, verfehlte aber den Anschluss an den Abends aus Berlin an die russische Grenze gehenden Zug, und musste in Berlin die Nacht schlafen. Trotz dieses Aufenthaltes von 10 Stunden habe ich die Fahrt von New-York nach St. Petersburg in 9 Tagen 8 Stunden 35 Minuten zurückgelegt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. Blumenbach: „Zur Hygiene der Schuljugend im Elternhause", Riga. Verlag von Jonck und Poliewsky. 1907.

So sehr auch der Verfasser die Bestrebungen der Schulhygiene, die nur einen Abschnitt der öffentlichen allgemeinen Gesundheitspflege darstellt, billigt, so vertritt er doch die Ansicht, dass es nicht genügt, wenn der Schüler nur während der Unterrichtsstunden den Forderungen der Hygiene nachkommt und plädiert dafür, dass das in der Schule geübte hygienische Regime auch streng im Elternhause durchgeführt werde, wenn anders die Gesundheit der Schuljugend nicht ernstlich geschädigt werden soll. Der Schwerpunkt der individuellen Hygiene der Schüler soll im elterlichen Hause liegen, Schule und Elternhaus sollten durchaus Hand in Hand gehen. In sechs Capiteln werden die wichtigsten, auf die Schulhygiene bezüglichen Themata in kurzer anschaulicher und leicht fasslicher Form zur Darstellung gebracht.

Capitel I handelt von der allgemeinen Körperpflege, der Hygiene der Kleidung, der Wohnung und des Schlafes, Capitel II behandelt die Hygiene der Ernährung, Capitel III bespricht die Körperhaltung der Schüler beim Schreibsitzen und die durch unzweckmässiges Sitzen hervorgerufenen Verkrümmungen der Wirbelsäule, Capitel IV handelt von der Kurzsichtigkeit bei der Schuljugend, der Inhalt des V Capitels bezieht sich auf die geistige Ueberbürdung der Schuljugend und wie derselben vorzubeugen sei, und in Capitel VI sind kurze Bemerkungen zu den Infectionskrankheiten enthalten. Es kann nicht Aufgabe eines Referats sein, näher auf den Inhalt der einzelnen Capitel einzugehen; wer sich für Fragen der Schulhygiene interessiert, findet in dem kurz und populär gehaltenen Büchlein volle Aufklärung über so manche Frage, die nicht nur die Schule, sondern auch das Elternhaus angeht. Es ist dem Verfasser gelungen, bei aller Knappheit der Darstellung doch klar und fesselnd zu sein.

H. T.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 22. April 1908.

Vorsitzender: Blessig. Sekretär: Fuhrmann.

Amburger hält seinen angekündigten Vortrag: Zwei Fälle von traumatischer Rückenmarksblutung. (Erscheint im Druck).

Discussion:

Michelson kann sich der Diagnose einer Rückenmarksblutung nicht anschliessen. Im ersten Falle spricht auch das mikroskopische Präparat nicht unbedingt für eine solche, es finden sich zu wenig Blutreste. Eher handelt es sich um eine Zertrümmerung des Rückenmarks, in deren Anschluss sich eine Myelitis entwickelte, die dann sekundär zur Blutung führte. Dasselbe lässt sich auch im zweiten Fall vermuten, in welchem die vorübergehenden Besserungen und Verschlimmerungen für ein Fortschreiten des Processes sprechen. Beiden Fällen gemeinsam ist das späte Auftreten der Erscheinungen, was auch gegen primäre traumatische Rückenmarksblutung spricht.

Westphalen fragt, ob unter Haematomyelie nicht eigentlich nur ein Bluterguss in den Centralkanal des Rückenmarks verstanden werde. Ferner fragt er nach der Ursache der cylindrischen Form der Blutergüsse ins Rückenmark und ob nicht dazwischen auch solche von mehr kugelförmiger Beschaffenheit auftreten.

Amburger giebt die schwankende Diagnose für den ersten Fall zu, besteht aber auf einem Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem Trauma. Im zweiten Falle hält er an der Diagnose fest und leugnet ein Fortschreiten des Processes, indem eine zweifellose Besserung vorliegt, die Verschlimmerungen aber nur sehr vorübergehend sind und von äusseren Einflüssen abzuhängen scheinen, wie Wetterumschlag und dergl. Haematomyelie wird überhaupt jede Blutung ins Rückenmark genannt. Der Centralkanal bleibt immer verschont, was Goldscheider experimentell nachweist. Die cylindrische Form der Blutergüsse hängt mit dem Bau des Rückenmarks zusammen. In einem Fall erstreckte sich solch ein Erguss durch die ganze Länge des Rückenmarkes, ohne irgendwo an die Oberfläche zu treten.

Blessig giebt einige Daten zur Statistik der schwereren Augenverletzungen, an der Hand des in der Dissertation von Dr. Kanzel soeben bearbeiteten Materials der St. Petersburger Augenheilanstalt. Verf. hat die in den Jahren 1902—1906 stationär behandelten Verletzungsfälle seiner statistisch-casuistischen Studie zu Grunde gelegt: 928 Fälle schwerer Art (perforierende Wunden etc.). Seine Arbeit ist eine Fortsetzung der früheren von Blessig (Mitteil. a. d. St. Petersb. Augenheilanst. 1893) und von Karnizky (I. D. St. Petersb. 1902). Ersterer hatte das entsprechende Material der Jahre 1886—1891 (410 Fälle), Letzterer die Jahre 1897—1902 (690 Fälle) bearbeitet. Das bisher unbearbeitet gebliebene Material der Jahre 1892—1896 mit 488 Fällen hat Verf. gleichfalls für seine allgemeine Statistik verwertet. Das ergiebt für den Zeitraum von 1886—1906 incl. (21 Jahre) ein Gesammtmaterial von 2516 mehr oder weniger schweren Augenverletzungen. Nicht berücksichtigt ist dabei die grosse Masse der leichteren ambulant behandelten Verletzungen (z. B. Fremdkörper in der Hornhaut ca. 1500 Fälle jährlich etc.).

Vortr. giebt einige Zahlen aus den detaillierten statistischen Tabellen, auf einige Gruppen von Verletzungen (Stahl- und Eisensplitter resp. Magnetoperationen, Verletzungen durch federnde Zeitungshalter u. a.) näher eingehend. Eine ausführlichere Wiedergabe des Zahlenmaterials ist anderwärts in Aussicht genommen.

(Autoreferat).

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 14. December 1907.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

Herr Adelheim als Gast hält seinen angekündigten Vortrag: Die Rolle des Pancreas bei Diabetes mellitus.

In der Discussion fragt Russow, warum Adelheim annimmt, dass der Tod bei ausschliesslich mit Kohlehydraten gefütterten Tieren durch Glycogeninfiltration eintritt, kann die Todesursache nicht auf den Mangel gewisser Substanzen in der Nahrung z. B. Salzen etc. zurückgeführt werden?

Adelheim: Die Herzmuskelzellen sind derart mit Glykogen überladen, dass ein Aufhören der Herztätigkeit durch diese Infiltration das allerwahrscheinlichste ist.

Masing fragt, ob sich die Einteilung der Diabetesformen in solche mit Inselveränderungen des Pancreas und solche mit hochgradiger Glycogendegeneration stets durchführen lässt. Im ersteren Falle dürften nur leichtere Diabetesformen zustande kommen, da, wie der Vortragende anführte, der Pancreasdiabetes zurückzuführen ist auf die Unfähigkeit, den Zucker als Glycogen abzulagern. Der Zucker und mit ihm das Glycogen stammen physiologischer Weise aus der Nahrung; bei kohlehydratfreier Diät dürfte also keine Glycosurie auftreten. Nun ist aber der Diabetes nach Pancreasexstirpation ein schwerer, der auch bei Kohlehydratentziehung fortdauert.

Adelheim: Bei Pancreasdiabetes ist die Ursache der Glycosurie eine Verminderung der Oxydationskraft des Blutes; Pancreasexstirpation hat die gleichen Folgen, jedoch mit dem Unterschiede, dass bei der Exstirpation auch die Functionen

der anderen Fermente ausfallen, daher schwerer Diabetes, ähnlich dem, wie man ihn bei glycogener Degeneration sieht.

Rotberg fragt, ob nicht bei den im Pancreas bei Diabetes gefundenen Veränderungen auch Processe der Autolyse (cadaveröse) in Betracht kommen? Er weist auf eine Arbeit aus Breslau von J. Peiser hin, der die Glandula thyreoidea bei einer Anzal von Ratten untersuchte, denen er Schilddrüsensubstanz per os und subcutan einverleibte. Dabei fand er Veränderungen, die sich nur quantitativ von den gewöhnlichen cadaverösen unterschieden. Principielle Unterschiede konnte er nicht constatieren. Er nennt die Veränderung «modificierte Autolyse».

Adelheim sind derartige Veränderungen beim Pancreas nicht bekannt.

Dehio berührt einige Punkte aus der Krankengeschichte eines post mortem von Adelheim untersuchten Falles von schwerem Diabetes ohne Pancreasveränderungen. Hier hatte Adelheim schwerste Glycogendegeneration gefunden; Dehio möchte aber erwähnen, dass dieser Patient in den letzten Wochen seines Lebens eine ganz gewöhnliche Kost erhielt, da bei einem Versuch mit strenger Diät sich sein Zustand sehr verschlimmerte. Man kann hier also, im Gegensatz zu einem kurzen Einwurf Adelheims nicht sagen, dass die starke Glycogendegeneration trotz kohlehydratarmer Nahrung zustande kam, sondern die kohlehydrathaltige Kost kann noch das ihrige zur Glycogendegeneration beigetragen haben.

Adelheim: Die Glycogendepots bei jenem Falle genügen zur Erklärung eines schweren Diabetes, der auf Mangel des Kohlehydrat spaltenden Ferments beruht.

Sitzung vom 25. Januar 1908.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

Prof. Zoege von Manteuffel stellt einen Patienten mit Oesophagusstenose, infolge Verätzung durch Schwefelsäure, vor.

Der Vortragende giebt zunächst einen Ueberblick über die Häufigkeit von Stenosen, ihren Verlauf bei Erwachsenen und Kindern, die häufigsten Lokalisationen und geht dann zur Behandlung über. Er betont die Gefahren der brüsken Sondirung, erwähnt die früheren Versuche einer inneren Oesophagotomie und bespricht die Aussichten einer Sondierung mit Hülfe des Oesophagoskopes.

Speciell über die sogenannte retrograde Sondierung macht Z. v. M. darauf aufmerksam, dass darunter nur selten ein wirkliches Einführen der Sonde von der Cardia aus zu verstehen ist. Meist ist der Vorgang wol der, dass der Operateur mit einem von der Cardia aus palpierenden Finger das Vordringen der von oben eingeführten starren Sonde controlliert, die Sondierung also de facto von oben her ausführt. Die weitere Dilatation wird dann — am besten vom Pat. selbst— durch Oliven bewirkt, welche an einem starken Seidenfaden aufgereiht sind; der Patient zieht selbst an dem durch die Fistel heraushängenden Faden die Oliven von aufsteigender Stärke durch seinen Oesophagus. Nach genügender vorläufiger Erweiterung geht man zur Dilatation mit Sonden über.

Der Vortragende demonstriert hierbei ein von v. Hacker ersonnenes zweckmässiges Verfahren, bei welchem ein weiterer Gummischlauch unter starker Dehnung über einen Fischbein-Mandrin gezogen wird. Nach Durchführung durch die Stenose löst man am distalen Ende des Mandrins die Spannung des Schlauches, wodurch dieser unter Verkürzung seine ursprüngliche Dicke annimmt und so eine schonende Erweiterung zu Wege bringt.

Zum Schluss giebt Vortr. eine Uebersicht über die Heilungsresultate, die bei dem jetzt herrschenden Brauch — nach der Verätzung solange zu warten bis die Wundflächen verheilt sind — recht mässige sind und sowohl dem Arzt wie dem Patienten eine sehr langdauernde, mühevolle Behandlung zumuten.

Z. v. M. ist deshalb schon seit Jahren dazu übergegangen, wenn der Fall frisch nach der Verbrennung in seine Behandlung kommt, bereits am 6—8 Tage mit dem Einführen von Sonden zu beginnen. Theoretisch ist garnicht einzusehen, dass bei Benutzung weicher Sonden irgend ein gefährliches Ereignis eintreten könnte, und in der Praxis hat sich das durchaus bestätigt. Es kommt dabei überhaupt nicht zu einer starren Stenose, die Vernarbung dauert vielleicht länger, aber man hat von vornherein einen weiten Kanal.

Discussion: Terrepson fragt, ob nach erfolgter ausgiebiger Dilatierung der erreichte Zustand einigermaassen dauernd ist, d. h. eine sogenannte tote Narbe zustande kommt?

Zoege von Manteuffel: nein, wenn der Patient nicht fleissig von Zeit zu Zeit die Sonde einführt, so stellt sich immer wieder die Stenose her.

Otto berichtet über einen Fall, der 16 Stunden nach erfolgter Verätzung mit Schwefelsäure tötlich verlief. Die Section zeigte hier ausserordentlich schwere Zerstörungen. Otto sieht dieselben als Folge der hohen Concentration des Aetzmittels an und spricht die Ansicht aus, dass ein früher Beginn der Dilatationsbehandlung — also 6—8 Tage nach der Verätzung mit sehr concentriertem Mittel—doch Gefahren haben könnte. Allerdings dürfte in den meisten solchen Fällen der Tod bald nach der Verätzung erfolgen.

Russow spricht zur Lokalisation der Verätzungen und berichtet über die neueren Untersuchungen von Cohnheim und Prym betreffend die Fortbewegung von Flüssigkeiten aus dem Magen.

Herr Klau demonstrirt: 1) einen Patienten mit chronischem Gelenkrheumatismus, der durch Heissluftbehandlung und andere mechanotherapeutische Maassnahmen wesentlich gebessert worden ist 2) Eine Patientin mit ebenfalls durch Heissluft und Bewegungstherapie fast völlig geheilter Ankylose des linken Schultergelenkes auf Grund von Arthritisdeformans.

In der Discussion stellt Zoege von Manteuffel einige Fragen in Betreff der Anamnese des 2. Falles und bemerkt, dass das Resultat der Behandlung ein gutes ist, es scheint ihm nur, dass im vorliegenden Falle nicht die Tendenz zur Progression vorhanden ist wie bei Arthritis deformans — wenigstens nach deren schulmässigen Darstellung. Z. v. M. führt ähnliche Fälle an, die noch nach fünfjähriger Dauer der Krankheit zur vollständigen restitutio ad integrum führten.

Kengsepp teilt mit, dass er die vorgestellte Patientin vor 10 Jahren wegen Gelenkrheumatismus behandelt hat. In der Zwischenzeit scheint sie gesund gewesen zu sein.

Auf eine Frage von Klau antwortet Zoege v. Manteuffel, dass seine Behandlungsprincipien im Wesentlichen dieselben seien wie die vom Vortragenden geschilderten, nur speciell bei den schweren Formen des malum coxae senile zieht er die Resection vor.

Herr Masing hält seinen angekündigten Vortrag mit Demonstrationen zur Blutpathologie.

An der Discussion beteiligt sich Russow und demonstriert mikroskopische Präparate von Vogelblut und menschlichem leukämischen Blut.

Mitteilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 30. Januar (12. Febr.) 1908.

Anwesend 65 Mitglieder. Als Gäste die DDr. Maximowitsch, Sarfels, Lempert, Keuchel.

Punkt 1. Dr. von zur Mühlen: Zur Casuistik der Thrombose des bulbus venae jugularis.

Die Fälle von primärer Thrombose des Bulbus venae jugul. sind im allgemeinen nicht häufig, Mc. Kernon weist darauf hin, dass sie mehr bei Kindern angetroffen werden. Anatomisch mag diese Annahme darin ihre Erklärung finden, dass die Scheidewand zwischen Fossa jugularis und Mittelohr bei Neugeborenen von einer dünnen Knochenplatte gebildet wird, welche erst im Laufe der Körperausbildung an Stärke zunimmt. Immerhin sind auch beim Erwachsenen die anatomischen Variationen sehr bedeutend. Gelegentlich fehlt eine Scheidewand zwischen dem Bulbus und dem Mittelohr vollkommen, so dass ersterer sich halbkugelig in das Lumen des Mittelohres vorwölbt. In solchen Fällen ist bei einer wegen acuter Mittelohrentzündung vorgenommenen Paracentese auch schon der Bulbus angestochen worden. Abgesehen von diesen extremen Fällen, mögen mehr oder weniger grosse Lücken im Dache der Fossa jugularis häufiger vorkommen. Unter 449 Schädeln fand Körner 30 mal derartige Lücken, davon 22 auf der rechten, 8 auf der linken Seite. Die Gefahr der Infection des Bulbus der Vena jugularis ist in solchen Fällen bei acuten und chronischen Mittelohreiterungen augenscheinlich keine geringe, und es kann zu septischen und pyämischen Erkrankungsformen kommen.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine chronische linksseitige Mittelohreiterung. Der 16-jährige Knabe wurde ambulatorisch behandelt durch eine Reihe von Tagen hindurch, ohne dass irgend ein Symptom auf das Herannahen dieser gefährlichen Complication hingewiesen hätte. Bei der Untersuchung am 8. Jan. 1908 fühlte er sich heiss an, das Thermometer ergab 38,1. Der Knabe konnte erst am 10. Jan. aufgenommen werden, die Temp. war auf 39,7 gestiegen. Am 11. Jan. wurde er operiert. Wider Erwarten ergab die Radikaloperation sowohl im Proc. mast. als auch am freigelegten Sinus transversus vollkommen normale Verhältnisse. Auffallend war die ungemein starke Blutung aus der Vena mastoidea, was die Vermutung der central gelegenen Passageverlegung nahe legte. Sonst liessen sich weder die geringsten Spuren von Eiter noch Granulationen im Antrum und den

Cellulae mastoideae nachweisen. Die Punktion des Sinus förderte normales Venenblut zu Tage. Der Erkrankungsherd musste daher im Bulbus liegen. Dafür sprach auch der Umstand, dass im unteren Teile des Mittelohres, im s. g. Recessus hypotympanicus sich zahlreiche Granulationen entfernen liessen.

Es sind nun verschiedene Methoden für die Freilegung des Bulbus angegeben worden, doch sind es alles grosse, auch technisch sehr schwierige Eingriffe, und nur im äussersten Notfalle wird man sich zu denselben entschliessen. Ich begnügte mich daher für das erste damit, mit einer Sonde in die Gegend des Bulbus einzugehen und diesen von dem Knochen abzuheben. Bei der Gelegenheit drang ein wenig Eiter aus der Tiefe vor. Eine primäre Spaltung der Sinuswand war nicht möglich, da man natürlich nicht wissen konnte, wie weit der Thrombus centralwärts zum Sinus transversus hin vorgewachsen war und diesen verschlossen hatte. Die eventuell eintretende starke Sinusblutung hätte eine Tamponade erforderlich gemacht und eine vielleicht nötige Secundäroperation auf viele Tage hinaus verschieben können. Auch von einer Unterbindung der Jugularis nahm ich Abstand, obwohl Schluckschmerzen und Druckempfindlichkeit im Kieferwinkel auf eine Beteiligung derselben hinwiesen. Ich begnügte mich, einen Gazedrain in die Fossa jugularis hinauf zu schieben, und den Sinus transversus fest zu tamponieren. Durch Druck der Gefässwände aufeinander durfte ich auf eine Obliteration des Lumen rechnen, wodurch mir dann die Spaltung zum Bulbus hin ermöglicht werden musste. Eine vom Collegen Prätorius vorgenommene Blutuntersuchung ergab zahlreiche Staphylokokken pyogenes alb.

Die Temperatur fiel in den nächsten 2 Tagen bis auf 37,9 ab, um dann plötzlich am 12. Jan. abends auf 40,4 zu steigen. Ich entfernte die Tampons am 14. Jan., und es gelang mir leicht mit einer feinen gebogenen Augenscheere die Wand des collabierten Gefässes in der Gegend des Bulbus zu spalten. Aus der Tiefe trat, namentlich wenn man von unten herauf auf den Verlauf der Vena jugularis einen sanften Druck ausübte, tropfenweise Eiter.

Da die Eiterpassage nach oben hin anscheinend genügend frei war, sah ich auch dieses Mal von weiteren Eingriffen, auch einer Jugularisunterbindung ab. Dieselbe kann zugleich mit weitergehender Knochenresection zwecks Freilegung des Bulbus venae jugularis jederzeit vorgenommen werden, wenn ein Fortschreiten der Krankheitssymptome solches erfordern sollten. Ich muss mich durchaus dem von Körner vertretenen Standpunkte anschliessen, Art und Ausdehnung der Eingriffe dem jeweiligen Befunde anzupassen. Jedes auf theoretische Anschauungen aufgebaute, grundsätzliche Vorgehen in allen Fällen kann bei der Verschiedenheit der Fälle oft entweder ungenügend oder zu weitgehend sein.

Der zum Bulbus eingeführte Gazedrain wurde täglich gewechselt, wobei sich immer ein wenig Eiter aus dem langen dünnen Kanale bei Druck auf die seitliche Halsgegend entleerte. Den täglichen Verbandwechsel halte ich, wie auch anderweitig betont wird, bei vielen Formen der Sinusthrombose für sehr empfehlenswert. Die Temperatur fiel zur Norm ab und hielt sich so 6 Tage. Am 7-ten Tage war ich durch äussere Gründe verhindert, den Tamponwechsel vorzunehmen. Sofort stieg die Temperatur ganz acut auf 40,5, um nach dem Verbandwechsel wieder normal zu werden. Die Schmerzempfindung in der linken Seite des Halses beim Schlucken und auf Druck hat wenn auch in absteigendem Grade bis vor 3 Tagen angehalten. Am 27. war sie etwas stärker als gewöhnlich, zugleich stieg die Temperatur auf 38,2. Jetzt sind die Schmerzen ganz vergangen, und der Knabe darf als genesen bezeichnet werden. Eiter sondert sich nicht mehr ab.

Punkt II. Dr. P. Klemm: Zur Operation der Oesophagusstenose.

In der Discussion bespricht Dr. H. Schwarz eine Reihe von ihm mitbehandelter Fälle.

Dr. P. Klemm. Nach der von ihm erwähnten Operationsmethode seien nach einer Arbeit aus den Brunsschen Beiträgen nur 80 Fälle operiert. Er selbst habe 5 Fälle, von denen 2 gestorben, bei einem fand sich ein grosses Blutcoagulum im Magen, und das schon sehr entkräftete Kind starb an den Folgen dieser Blutung. Im zweiten Falle, wo es nicht gelang, von dem Magen aus die Sonde durchzuführen, war er genötigt, eine Oesophagotomie zu machen, dann liess sich die Sonde einführen; beim Sondenwechsel entstand eine Blutung aus der ven. jug. int.; trotz sofortiger Unterbindung erlag das Kind der Blutung.

Die Methode des sofortigen Schlusses der Magenöffnung, nach gelungener Einführung der Sonde nach oben hinaus, umgeht die unangenehme Beigabe der sich schwer schliessenden Magenfistel, und das Liegenbleiben der Sonde halte er für unangenehm aber nicht für so gefährlich.

Dr. Hampeln bemerkt, dass Dr. Schwartz mit anerkennenswerter Offenheit Mitteilungen über ungünstige Ausgänge bei Sondenbehandlung der Oesophagusstenosen gemacht hat. An einem anderen Material, bei Carcinomstenose, hat H. diese rel. oft zu beobachten Gelegenheit gehabt, besonders in früheren Jahren bei der damals noch üblichen Sondenbehandlung, von der er selber freilich längst zurückgekommen ist. Es handelt sich dabei um einfache Verletzung des Oes. bis zur Perforation und endlich Bildung «falscher Wege.» Die Folgen können dabei von drierlei Art sein. 1) Bildung von mediastinalen Abscessen mit tötlichem Verlaufe, 2) Entstehung einer umschriebenen Mediastinitis mit Ausheilung oder Hinterlassung eines abgekapselten kleinen Abscesses und 3) Entstehung eines falschen Ganges ohne Abscedierung im Mediastinum oder zu einer Lunge hin. Um einen Fall letzter Art scheint es sich in der Mitteilung von Schwartz gehandelt zu haben. Was die von Schwartz als «Schluckpneumonie» aufgefassten Fälle betrifft, der eine mit günstigem, der andere mit ungünstigem Ausgange, so müsse H. aus klinischen und anatomischen Gründen diese Auffassung bestreiten. Eine Läsion des Oesophagus im allgemeinen als Ursache einer Mediastinitis mit folgenden Lungenmetastasen erscheine ihm als der anzunehmende, bei weitem wahrscheinlichere Vorgang, obschon im Sectionsfalle der anatomische Beweis einer Läsion des Oes. nicht geliefert wurde. Der Fall sei insofern als unaufgeklärt zu bezeichnen.

Daraus folge aber nicht die Berechtigung der Annahme einer auf so gewöhnliche Weise entstandenen Schluckpneumonie durch die auch die periösophagialen Abscesse nicht erklärt seien.

Dr. von Sengbusch
d. Z. Secretär.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

St. Petersburg. In der am 1. November unter dem Vorsitze von Prof. W. Bechterew stattgehabten Sitzung des Vereins der Psychiater wurde beschlossen, zu Weihnacht 1909 den 3. Congress russischer Psychiater in St. Petersburg einzuberufen. Der Congress wird somit mit dem Pirogowschen Aerzte-Congress zusammenfallen. Zu Candidaten für Mitglieder des Organisationscomitees wurden gewählt Prof. Bechterew und die DDr. Rosenbach, Czeczott, Nishegorodzew, Ostankow, Timofejew, Mendelsohn, Karpinski, Ljubimow und Smelow.

— Am 3. November fand im Local der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit eine vereinigte Sitzung aller Sectionen statt, in welcher Dr. Blumenthal — Moskau — einen sehr interessanten Vortrag hielt über den Verlauf, die Dauer und die Eigentümlichkeiten der zahlreichen Choleraepidemien, die Russland seit 1830 heimgesucht haben. Redner zog nur die beiden Hauptstädte — Petersburg und Moskau — in den Kreis seiner Betrachtungen und wies dabei darauf hin, dass die früheren Choleraepidemien in beiden Städten ziemlich gleich verliefen. Seit Einführung einer rationellen Wasserversorgung und der Canalisation in Moskau ändert sich aber die Sache vollständig. Während in Petersburg die Cholera nach wie vor bei jeder Epidemie ganz erschreckend viele Opfer fordert, äusserte sich der Einfluss der Wasserversorgung und Canalisation in Moskau sofort darin, dass bei Einschleppung der Cholera es dort nicht mehr zu einer epidemischen Ausbreitung derselben kam. In diesem Jahre gab es in Moskau bekanntlich nur sporadische Choleraerkrankungen, während Petersburg vor allen Städten des Reiches einen traurigen und bedauernswerten Vorrang behauptet. Wie die Cholera, so musste auch der Abdominaltyphus in Moskau vor der Canalisation weichen, während er in Petersburg allmählich zu einer richtigen endemischen Krankheit geworden ist. Redner illustrierte seine mit viel Humor und Feuer vorgetragene Rede durch zahlreiche Tafeln, Diagramme etc. und erntete bei den Zuhörern reichen Beifall, was hauptsächlich darauf zurückzuführen ist, dass, abgesehen von der Fülle des Tatsachenmaterials, welches der Vortragende bot, seine Rede sich durch formvollendete Ausdrucksweise und meisterhafte Beherrschung der Sprache auszeichnete, wobei er es verstand, hin und wieder ein treffendes Citat aus der medicinischen wie aus der belletristischen Literatur verschiedener Sprachen glücklich anzubringen. Der Vortrag rief eine lebhafte Discussion hervor, wobei aber leider einige Redner sich nicht an das Thema hielten, sondern alle möglichen Detailfragen berührten, so dass die Discussion bisweilen einen anecdotischen Character annahm. Unter den zahlreichen Rednern hob sich der Reichsdumaabgeordnete und bekannte Landschaftsarzt, Dr. Schingarew, vorteilhaft hervor durch seine oratorische Begabung und seine rein sachlichen Ausführungen, in denen er darauf hinwies, dass nicht nur Wasserversorgung und Canalisation allein ein Land vor Epidemien bewahren, sondern auch andere Errungenschaften der Cultur, wie Wohnungshygiene, reichliche

ärztliche und Hospitalhilfe gegenüber allen Erkrankten, eine rationelle Organisation der öffentlichen Wohltätigkeit und andere Wohlfahrtseinrichtungen. Hierbei wies er nachdrücklich auf England hin, als das Land, welches Dr. Blumenthal als choleraimmun bezeichnet hatte, indem er diese Immunität — trotz der beständigen Gefahr der Einschleppung — eben durch die bis zur Vollkommenheit durchgeführten Wohlfahrtseinrichtungen erklärte, ohne jedoch die hohe Bedeutung der Wasserversorgung und Canalisation als prophylactische Massregeln gegen die Ausbreitung von Epidemien irgendwie herabzusetzen. Diejenigen, die sich für die Sache interessieren,— und nach der gegenwärtigen Choleraepidemie dürfte man wohl ein solches Interesse bei den meisten Aerzten voraussetzen — werden in der Ausstellung, die sich in den Räumen der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit befindet, vieles finden, was für die Erforschung und Erkenntnis der noch wenig bekannten epidemiologischen Erscheinungen von grossem Wert ist, und in dem Besuch dieser Ausstellung manche Belehrung finden.

— Vom 2. bis zum 3. November erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 5 Personen, starben 5 und genasen 12. Vom Beginn der Epidemie sind erkrankt 8042, gestorben 3279, genesen 4576 Personen.

— An Infectionskrankheiten waren in der Woche vom 12. bis zum 18. October in St. Petersburg 562 Personen erkrankt. Darunter an Typhus exanth. 2, Typh. abdom. 73, Febris recurrens 87, Pocken 9, Windpocken 17, Masern 51, Scharlach 66, Diphtherie 97, acut. Magen-Darmkatarrh 35, Cholera 100, anderen Infectionskrankheiten 25.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11366. Darunter Typhus abdom. 616, Typhus exanth. 10, Febris recurrens 365, Scharlach 147, Diphtherie 151, Masern 30, Pocken 14, Windpocken 3, crupöse Pneumonie 108, Tuberculose 362, Influenza 204, Erysipel 46, Keuchhusten 19, Lepra 1, Hautkrankheiten 59, Syphilis 465, venerische Krankheiten 400, acute Erkrankungen 1717, chronische Krankheiten 1520, chirurgische Krankheiten 1265, Geisteskrankheiten 3220, gynäkologische Krankheiten 206, Krankheiten des Wochenbetts 45, andere Krankheiten 42, Cholera 351.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg während derselben Woche betrug 750 + 39 Totgeborene + 37 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 34, Febr. recurr. 4, Pocken 1, Masern 19, Scharlach 17, Diphtherie 11, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 34, katarrhalische Pneumonie 47, Erysipel 2, Influenza 3, Pyämie und Septicaemie 13, Puerperalfieber 1, Tuberculose der Lungen 95, Tuberculose anderer Organe 21, Cholera 66, Magen-Darmkatarrh 31, andere Magen- und Darmerkrankungen 22, Alcoholismus 11, angeborene Schwäche 39, Marasmus senilis 23, andere Todesursachen 249.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Vom Beginn der Epidemie Starben
vom 26. Oct. bis 1. Nov.					
St. Petersburg mit den Vorstädten	105	34	24. Aug.	7908	3270
vom 25. bis 31. Oct.					
Stadt Kronstadt	5	1	31. Aug.	213	91
Gouv. St. Petersburg	5	14	27. »	371	173
» Archangelsk	2	6	21. Sept.	128	64
» Livland	2	—	11. »	36	20
vom 24. bis 30. Oct.					
» Saratow	37	16	8. Juli	1671	930
» Samara	1	—	8. »	1439	661
» Jaroslaw	2	1	6. Aug.	335	166
» Woronesh	1	1	13. »	281	152
» Kiew	8	2	12. »	792	252
» Jekaterinoslaw	12	1	3. »	1093	538
Gouv. Taurien	6	1	13. »	121	70
Stadthauptmannschaft Kertsch-Jenikale	1	1	13. »	109	58
Gebiet der Don-Kosaken	28	17	22. Juli	2845	1354
Kuban-Gebiet	87	48	26. »	1695	949
Terek-Gebiet	70	29	13. Aug.	462	234
Stadthauptmannschaft Baku	1	—	25. Juli	235	127
Gouv. Jelisawetpol	6	3	30. Aug.	476	286
» Tiflis	5	1	6. »	226	121
» Orenburg	5	2	26. »	37	26
Gebiet Akmolinsk	22	5	29. »	218	92
Gouv. Tomsk	8	6	14. Sept.	416	231
Im Ganzen	419	189		21107	9865

Mit Hinzuzählung derjenigen Ortschaften, in welchen die Epidemie schon erloschen ist, die aber noch nicht officiell für cholerafrei erklärt sind, ergiebt sich für die Erkrankten die Zahl 27631, — für die Gestorbenen 13045.

— Die Rinderpest herrscht im Kaukasus in den Gouvernements Tiflis, Baku, Eriwan, Jelisawetpol, im Kreise Sakatalsk und in dem Gebiete Kars, ferner in Asien in dem Gouvernement Tomsk und in den Gebieten Akmolinsk, Semiretschensk, im Transkaspischen Gebiet und im Küstengebiet (am Stillen Ocean).

— Pest. In Indien erkrankten vom 10. Mai bis zum 10. October 39284 Personen und starben 30186. Im Vergleich zum Jahre 1907 hat die Zahl der Erkrankungen wie der Todesfälle bedeutend abgenommen. In Egypten erkrankten vom 20. Mai bis zum 20. October 376, starben 180. In Japan wurden in der Provinz Chiogo im September 39 und im October 25 Erkrankungen an der Pest notiert und in der Stadt Kobe im Laufe des September und October 20 Erkrankungen. Auf der Insel Formosa waren im Juni 131, im Juli 6 Pestfälle, im August und September keine mehr. In Honkong wurde seit dem 13. Sept. kein Pestfall notiert. — In der asiatischen Türkei wurden nur in Beirut 3 Pestfälle im September registriert. — Auf der Insel Tersor (Azoren) erkrankten im Laufe des October 59 Personen, starben 41.

— Cholera. Japan. In den Provinzen Fuknoka und Nagasaki erkrankten im Laufe des September und October 12 Personen. In China gab es im Laufe des Juli und August Choleraerkrankungen in den Städten Hankou, Utschan und Chanjan, aber seit Anfang September ist die Epidemie überall erloschen. — Korea. In Fusan erkrankten im September 18 Personen.

— Der «Retsch» zufolge soll ein allrussischer Congress der Delegierten der conditionierenden Pharmaceuten einberufen werden, der vom 28. Dec. dieses Jahres bis zum 4. Jan. 1909 in St. Petersburg tagen soll.

— In Kislowodsk sind die Arbeiten zu einer neuen Fassung der Narsanquelle in Angriff genommen. Hoffentlich werden sie zu einem befriedigenden Resultat führen und die frühere Ergiebigkeit der Quelle wiederherstellen, die bis zu 200000 Eimer Wasser in 24 Stunden lieferte und somit zu den reichsten Kohlensäuerlingen gehörte.

— Dr. J. Schabad ist als Privatdocent für Kinderheilkunde an dem Petersburger weiblichen medicinischen Institut bestätigt worden.

— In Moskau hat sich eine «Gesellschaft zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit gebildet, die am 21. Oct. ihre erste Sitzung abhielt.

— Gestorben: 1) Am 19. Sept. im Dorfe Morschichinskoje, Gouv. Tobolsk, Dr. A. A. Kriwopoljanskij, geboren 1867, Arzt seit 1893. 2) In Poltawa der Stadtarzt Dr. Alexander Schubert am Flecktyphus, mit dem er sich von einem Patienten inficiert hatte, (geb. 1860, Arzt seit 1886). 3) In St. Petersburg am 22. Oct. Dr. Iwan Petr. Starkow, geb. 1837, Arzt seit 1862. 4) Am 2. November starb in St. Petersbung im Alter von 74 Jahren der Obermedicinalinspector der Flotte, Leibchirurg, Wirkl. Geheimrat, Dr. W. Kudrin, der sein ganzes Leben im Dienst der Marine zugebracht. Während des sogen. Krimkrieges war er im Jahre 1854 als Arzt in die Schwarzmeerflotte eingetreten und hatte alle Schrecknisse der Belagerung von Sewastopol durchgemacht. Später beteiligte er sich an zahlreichen Marineunternehmungen und machte auch eine Weltumsegelung mit, denn zur Zeit seiner ersten Dienstjahren hatte die Flotte noch Segelschiffe. Während des Türkenkrieges 1877—78 war Kudrin Oberarzt der Marine, die auf der Donau und an deren Mündung operierte. Ende der 90-er Jahre wurde der Verstorbene zum Präsidenten der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit erwählt; ausserdem präsidierte er in der Gesellschaft der Marineärzte.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 11. Nov. 1908.

Tagesordnung: 1) Wichert: Operative Behandlung der chronischen abscedierenden Prostatitis.
2) Moritz: Ueber malignes Granulom des lymphatischen Apparates.
3) Beschlussfassung betreffs der Bibliothekfrage.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 17. Nov. 1908.

Tagesordnung: Albanus: Bemerkungen über die diesjährige Choleraepidemie.

SANGUINAL KREWEL.

Krewels Sanguinal-Pillen und Liquor Sanguinalis Krewel enthalten das Eisen in den natürlichen Blutsalzen in leicht resorbierbarer gutbekömmlicher und nachhaltig wirkender Form. Sie bilden ein hervorragendes Unterstützungsmittel für den Arzt zur Blutbildung, Stoffwechsel, Anregung des Appetits, Vermehrung des Körpergewichts und Hebung des psychischen Zustands. Specielle Indikationen: leichte und schwere Anaemie, Chlorose, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Oligomenorrhoe, Leukorrhoe, Neurasthenie, Hysterie, **Kinderpraxis**, Rachitis, Skrophulose, Tuberkulose.

Die äusserst günstigen Erfolge der reinen Sanguinalpillen gaben zu folgenden Combinationen Anlass.

Pil. Sanguin c. Creosot 0,05 u. 0,10
Vermeidung des Kreosotgeschmacks, zuverlässige Dosierung, absolut geruchlos, indiciert bei Chlorose in Verbindung mit gastrischen Störungen, Skrophulose, Tuberkulose, Spitzenkatarrh mit Haemophyse.

Pil. Sang. c. Chinin
bei chlorotischen und neurasthenischen Zuständen, zuverlässiges Tonicum und bestes Roborans in der Reconvalescenz.

Pil. Sang. c. Vanadin
bei Chlorose, beginnender Lungenphthise, Anämie und asthmatischen Beschwerden.

Pil. Sang. c. Guajacol. carbonic. 0,05 und 0,10
sind hervorragend geeignet in der Kinderpraxis, bei Patienten mit phthisischen Habitus, die zu blassem Aussehen, Mattigkeit, Drüsenschwellungen, Ekzemen, Appetitlosigkeit neigen, Skrophulose und Phthise.

Pil. Sang. c. lecithin
tonisierende Wirkung bei Erschöpfungszuständen zur Stickstoffretention, Phosphorsäure-Ansatz, Verminderung der Schwefelsäureausscheidung im Harn etc.

Pil. Sang. c. Natr. cynamyl.
indiciert bei skrophulosen und tuberkulosen Processen.

Pil. Sang. c. Extr. Rhei
indiciert in allen Fällen von Chlorosen und Blutarmut, die mit Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane einhergehen.

Pil. Sang. c. Acid. Arsenicosum
bei anämisch, neurasthenischen Zuständen, gynäkologisch auch in Verbindung mit Beschwerden klimakterischen Ursprungs, ferner während oder im Anschluss an Bromkuren bei Skrophulose mit Lungenspitzenkatarrh, Bronchial asthma, Emphysem, gegen Ekzema, Chronicum pruriginosum, Akne. Pil. Sang. c. arsen. beeinflussen den Eiweissumsatz, üben einen regenerativen Einfluss auf das Blut aus, befördern die Reconvalescenz nach Scharlach, Masern, Diphterie und Influenza.

Pil. Sang. c. Ichthyol
gegen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, erleichtert die Verwertung der vortrefflichen, desinficierenden und antibakteriellen Eigenschaften des Ichthyol's.

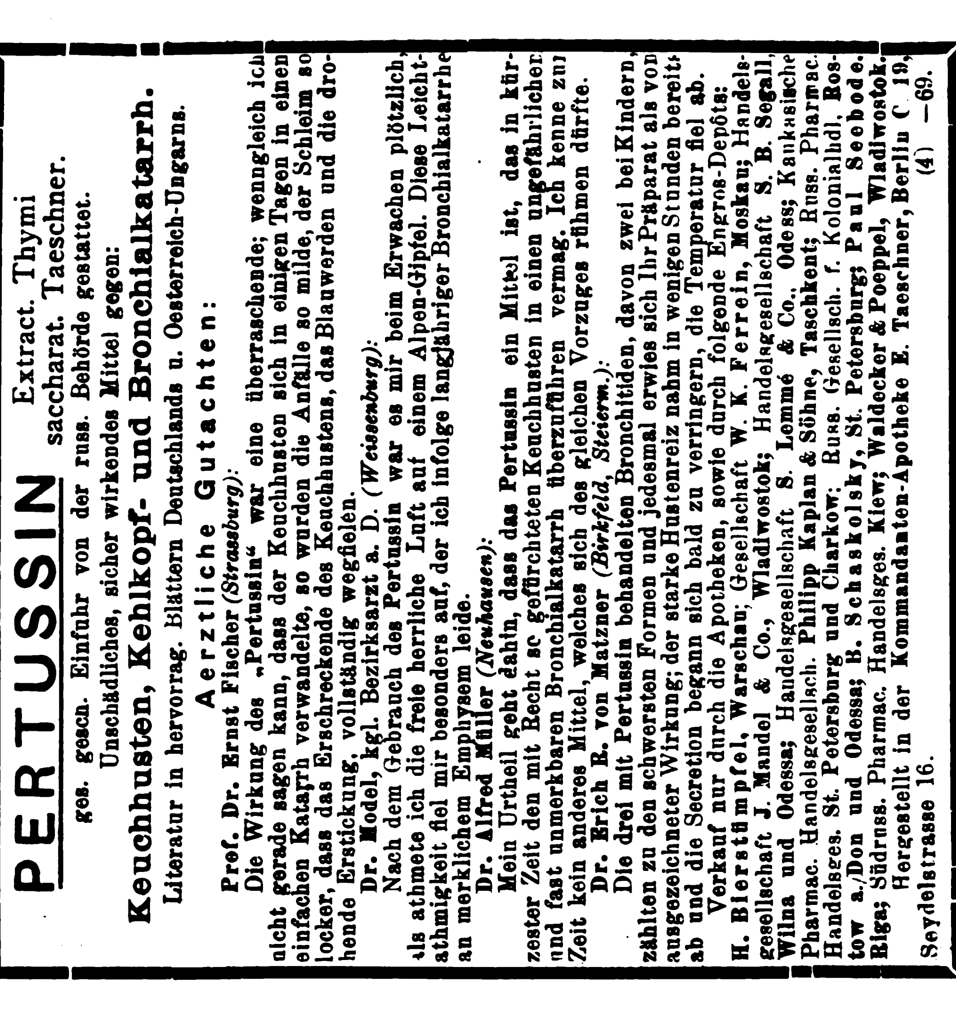
Pil. Sang. c. Jod.
indiciert bei Drüsen oder Gelenktuberkulose, Anämie auf dyskratischer Grundlage und im sekundären Stadium der Syphilis.

Ausführliche Literatur und Versuchungsmengen gratis und franco zu Diensten.

Generaldepot für Russland (119) 13—4.

Kontor chemischer Präparate, St. Ptb., Newsky Pr., 28, Haus Singer.





Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.



XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honoriert.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate sind ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. —Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 46 St. Petersburg, den 15. (28.) November. **1908.**

Ueber Krebsforschung und Krebsbehandlung.

Von

Dr. K. Tantzscher, Mitau.

Vortrag, gehalten auf dem I. Kurländischen Aerztetage in Mitau 1908.

In den letzten Jahren können wir ein ungeheures Anwachsen der Krebsliteratur verzeichnen. Ausser den zahlreichen Publicationen in der periodischen medicinischen Presse sind neuerdings specielle Zeitschriften, die „Zeitschrift für Krebsforschung" und die „Carcinomliteratur" erschienen, die über alle Krebsartikel in Kürze referieren oder sie zum mindesten registrieren. Wie gross die Arbeit geworden ist, sehen wir aus dem letzten Jahrgang der „Carcinomliteratur", die über nicht weniger als 2578 Artikel berichtet, von denen mehr als die Hälfte in deutscher Sprache erschienen sind.

Neben den zahlreichen Arbeiten auf pathologischem und pathologisch-anatomischem Gebiet sind in letzter Zeit die Wege des Experiments und der statistischen Erhebung in grossem Masse eingeschlagen worden. Diesser grosse Eifer in der Krebsforschung lässt sich zu einem nicht geringen Teil zurückführen auf die Hoffnung, auf diese Weise rascher die Bedingungen kennen zu lernen, unter denen der Krebs sich entwickelt. Die Voraussetzung dieser Forschungen ist natürlich die parasitäre oder bacilläre Entstehung des Krebses. Es sind damit im grossen die wissenschaftlichen Versuche gemacht, die Krebsfrage nach Analogie der Tuberculose als Infectionskrankheit aufzufassen. Sollte das Ergebnis positiv ausfallen, so hätte man den Schlüssel gefunden, der uns den Eingang zu ähnlichen gewaltigen Erfolgen öffnen sollte, wie sie in der Bekämpfung der Tuberculose seit der Entdeckung des Kochschen Bacillus zu verzeichnen sind. Im Gegensatz hierzu sehen wir die pathologischen Anatomen diesen Glauben nicht teilen. Sie stützen sich auf mühsame und langwierige Untersuchungen, deren Einzelergebnis nicht mehr ist, als ein kleiner Baustein am grossen Gebäude der Carcinomfrage. Die Lösung des Problems liegt daher nach ihrer Anschauung noch in weiter Ferne.

Bei dem steten Fortschreiten der Wissenschaft dürfte es daher nicht uninteressant sein, Umschau zu halten über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse vom Krebs und zu untersuchen, ob wir zu so weittragenden Hoffnungen berechtigt sind, wie es uns jetzt so oft in der Literatur entgegentritt.

Die Grundlage unserer Kenntnisse müssen, wie bei allen Krankheiten auf pathologisch-anatomischer Forschung beruhen. Diese Seite ist am meisten bekannt durch ungeheuer zahlreiche Arbeiten. Aber auch diese Kenntnisse sind nicht vollständig, denn das Carcinom entwickelt sich aus mikroskopisch wahrnehmbaren Anfängen, während die untersuchten Tumoren erst diagnosticiert werden konnten, nachdem sie makroskopisch nachweisbar waren. Also aus dem Frühstadium des Carcinoms fehlen uns die anatomischen Kenntnisse. Wir kennen also wohl den fertiggebildeten und weiterwachsenden Krebs, aber nicht den erst im Entstehen begriffenen. Darin liegt eben die ganze Schwierigkeit des Krebsproblems. Insofern ist also auch diese Grundlage noch lange nicht vollständig.

Unsere Kenntnisse vom Krebs auf pathologisch-anatomischer Grundlage sind zur Zeit folgende Es steht fest:



1) Die epitheliale Herkunft des Krebses.

2) Die ungeheuere Wachstumsenergie, die keine Schranken kennt, sondern plan- und ziellos weiter wächst und das Nachbargewebe verdrängt und umwuchert.

3) Die Neigung zu jauchigem Zerfall und Eiterung, die zu Stoffwechselstörungen und schliesslich zu Kachexie und Exitus führt.

4) Ist auch das schrankenlose Wachstum die Regel, so finden sich doch in der Literatur einzelne Angaben von Spontanheilung, wobei die mikroskopische Diagnose sicher gestellt ist. Solche Fälle sind in neuerer Zeit von Martin und Czerny berichtet.

5) Die Ausbreitung des Krebses ist eine continuierliche, indem er nach allen Seiten wie Fühler neue Fortsätze aussendet. An den ursprünglichen Herd legen sich in concentrischen Kreisen immer neue an, aber oft von gesundem Gewebe unterbrochen.

In Organen, wie Uterus und Mamma, ist die Ausbreitung eine ungeheuer rasche, bis erst in den zunächst erreichten Drüsen ein Widerstand zu überwinden ist. Die anfängliche Infiltration der Drüsen weist auf einen Kampf des Organismus hin, bis er schliesslich unterliegt und die Drüse mit der Zeit deutlich die carcinomatöse Erkrankung erkennen lässt.

6) Neben der allmählich fortschreitenden Verbreitung findet auch die Verschleppung durch die Blutbahn statt. Mit diesem Stadium der Metastasierung ist aus der örtlichen Krankheit eine allgemeine geworden.

Ich habe in Kürze auf diese bekannten Tatsachen hingewiesen. Für die Therapie sind sie von grosser Bedeutung, und mit der jedesmaligen Erweiterung unserer anatomischen Kenntnisse ist auch ein Fortschritt in der Behandlung des Krebses zu bemerken gewesen. Um über die Entstehung des Krebses etwas Sicheres auszusagen, dazu genügen die anatomischen Grundlagen allein nicht, und wir müssen noch andere Beobachtungen hinzufügen.

An klinischer Erfahrung steht fest, dass der Krebs am Anfang nur eine örtliche Krankheit und daher heilbar ist. Wie lange er auf den Ursprungsherd beschränkt bleibt, kann man nie vorher wissen. Auch bei weiter Verbreitung ist noch eine Heilung möglich, wenn man in radicaler Weise alle Drüsen mit dem Lymphgewebe in grosser Ausdehnung wegnimmt. Zum mindesten schafft eine solche Operation, auch wenn sie unvollkommen ist, den Vorteil, dass ein grosser Herd, der zu Zerfall und Stoffwechselstörung führt, aus dem Körper ausgeschaltet wird und dadurch relatives Wohlbefinden eintritt. Das lehren zahlreiche Beobachtungen, wie sie z. B. Martin speciell über den inoperabeln Uteruskrebs veröffentlicht hat.

Ueber die Ursache des Krebses lässt sich vom klinischen Standpunkt aus wenig sagen. Das Trauma spielt jedenfalls nur eine untergeordnete Rolle. Dabei ist unter Trauma nur das chronisch, in Intervallen erkannte zu verstehen, nicht das einmalige. Das Trauma als Ursache des Krebses wird in nicht mehr als 12 % angegeben. Auch das Experiment hat das Trauma als ätiologisches Moment nicht stützen können, wie die Untersuchungen von Hanau lehren, der monatelang vergebens das Scrotum alter Hunde mit Teer bepinselte, ohne mehr als ein Eczem zu erreichen. Der häufige Sitz an gewissen Stellen, wie Lippen, Augenlid, Zunge, Rectum, äusserer Muttermund etc. ist bekannt und hat Veranlassung zu verschiedenen Theorien gegeben, wie wir auch später sehen werden. In Zahlen die Prädilectionsstellen des Krebses festzustellen, ist kaum möglich. Im allgemeinen dürfte neben dem Haut- und Lippenkrebs, der Mamma-, Uterus- und Magenkrebs am häufigsten sein.

Dass das Alter eine grosse Disposition zu Carcinom hat, lässt sich nicht leugnen, obgleich Krebs auch in jugendlichem Alter vorkommt.

Ebenso spielt die Heredität eine Rolle, worüber zahlreiche Beobachtungen vorliegen.

Von grosser Wichtigkeit ist aber die Frage, ob der Krebs ansteckend ist oder nicht. Klinisch könnte der Nachweis erbracht werden durch Uebertragung auf das Wartepersonal, wie es sich namentlich in Krebskrankenhäusern zeigen müsste, oder durch die Uebertragbarkeit bei der Operation. Die letzte Frage lässt sich mit absoluter Sicherheit beantworten. Während viele Fälle bekannt sind, wo Chirurgen sich durch die Operation mit Tuberculose oder Lues inficierten, ist kein Fall von Uebertragung durch die Krebs-Operation bekannt. Der vor kurzem verstorbene amerikanische Chirurg Senn war vor Jahren von dieser Tatsache so überzeugt, dass er jederzeit bereit war, sich experimenti causa mit Krebs inficieren zu lassen. Wie er auf dem letzten internationalen medicinischen Congress in Lissabon zu dieser Frage Stellung genommen hat, ist mir nicht bekannt, da mir sein Vortrag nicht zugänglich gewesen ist.

Auch lässt sich die Uebertragbarkeit auf das Wartepersonal nicht nachweisen. In England, wo es doch schon lange Krebshäuser giebt, ist von einer derartigen Ansteckung nichts bekannt. Dagegen führt Hochenegg an, dass in Wien in einer angesehenen Familie im Laufe von $2^1/_2$ Jahren die Köchin an Larynxcarcinom, die Frau am Leberkrebs und der Mann an Lippencarcinom gestorben sind. Neben dieser sichern Beobachtung findet man in der Literatur nur vereinzelte ähnliche Angaben wie die von Hochenegg. Jedenfalls ist vom klinischen Standpunkt aus die Ansteckung von Person zu Person sehr unwahrscheinlich.

Um die Lücken dieser Ergebnisse zu füllen, sind in neuerer Zeit in grossem Masstabe die Statistik und das Tierexperiment herangezogen worden. Da stösst man auf eine ganze Reihe von Fragen, die nur auf diesem Wege gelöst werden können. Uns interessieren vor allem die Fragen:

1) Ob der Krebs jetzt häufiger vorkommt als früher?

2) Ob er übertragbar ist, also eine Infectionskrankheit wie Tuberculose oder Lues?

3) Welchen Einfluss verschiedene Factoren auf die Entstehung des Krebses ausüben, wie klimatische Verhältnisse, die Bodenbeschaffenheit etc.?

4) Ob sociale Stellung, Rasse oder ähnliche Factoren eine Rolle spielen?

Von all diesen Fragen hat die grösste Bedeutung die Frage nach der Infectiosität. Sie enthält die ganze Lösung der Krebsfrage. Ist der Krebs eine Infectionskrankheit, so muss das für die Praxis die grössten Folgen haben. Wie schon anfangs gesagt ist, ist gerade auf diesem Gebiet der Forschungseifer ein ungeheuer grosser gewesen.

Das Tierexperiment hat nun die Tatsache festgestellt, dass der Krebs übertragbar ist, aber nur auf gleiche Art im Sinne der Transplantation. Vereinzelte Versuche sind schon am Ende des vorigen Jahrhunderts gemacht worden, von Hanau, Pfeiffer, Eiselsberg, Morau und anderen. Es handelte sich dabei meisten um Ratten.

In grösserer Zahl sind erst die Versuche in diesem Jahrhundert angestellt worden und zwar von Jensen-Kopenhagen, Borrel-Paris, Bashford-London, Ehrlich-Apolant-Frankfurt a/M und Michaels-Berlin, seitdem man in der Milchdrüse der Mäuse häufig Tumoren constatiert hatte. In der Regel handelte es sich um Carcinome, nur vereinzelt um Sarcome oder Chondrome. Unter gewissen Bedingungen ist also eine Uebertragbarkeit möglich, wenn nämlich die Krebszelle intact

bleibt und vor chemischen oder thermischen Schädlichkeiten geschützt wird. Der filtrierte Saft des wässerigen Krebsextractes erzeugt nie einen Krebs, auch nicht die Krebszelle, die mit Narkotika behandelt oder über 45° erwärmt ist, während ein Aufbewahren im Eisschrank bis zu 3 Wochen die Uebertragbarkeit nicht beeinflusst.

Also nur die intacte Krebszelle selbst ist übertragbar. Das spricht schon gegen all die später zu berücksichtigenden Theorien, die in einem Bacillus, einer Hefe, einer Amoebe, einem Micrococcus den Erreger sehen. Das Experiment giebt uns also keinen Aufschluss über die Ursache des Krebses. Nur die eigentliche Tatsache ergiebt sich, dass der Krebs auf fremden Boden verpflanzt werden kann und dort weiterwächst.

Die ungeheure Wachstumsenergie, die uns schon zur Genüge bekannt ist aus der klinischen Beobachtung, konnte Bashford durch folgendes Ergebnis zur Anschauung bringen. Es gelang ihm, einen Mäusekrebs durch stets fortgesetzte Uebertragungen 3½ Jahre hindurch zu transplantieren. Die Menge an Gewebe, die dieser eine Tumor durch fortgesetzte Impfung ergab, hätte nach Bashford genügt zum Aufbau von 1500 Mäusen.

Gerade aus dem Tierexperiment werden die weitgehendsten Schlüsse auf die Infectiosität gezogen, und Sticker führt zum Beweis eine Statistik aus einem kleinen Ort in der Nähe von Frankfurt a/M an, wo seit Jahrzehnten eine genaue Totenschau und Registrierung der Todesursachen besteht. Danach entfielen von den Krebstodesfällen immer eine beträchtliche Anzahl, sagen wir rund 75 % auf eine bestimmte Gasse. Abgesehen davon, dass einzelne das ursächliche Moment mit den Bodenverhältnissen in Beziehung bringen und sumpfige und niedrige Gegenden als günstige Vorbereitungsstätten des Krebses ansehen, kann man gegen die Statistik einwenden, dass in den Diagnosen vor 80 Jahren und in denen von heute wohl ein grosser Unterschied besteht. Ein Vergleich ist so ohne weiteres nicht möglich. Auch will man den Uebergang vom Krebs zu Sarcom bei den ersten Uebertragungen beobachtet haben. Vom klinischen Standpunkt wäre diese nachgewiesene Verwandschaft sehr wahrscheinlich, weniger aber vom histologischen.

Die mikroskopischen Untersuchungen beim Tier wie beim Menschen haben das gemeinsame Resultat ergeben, dass der Krebs aus sich herauswächst, das Nachbargewebe verdrängt und wie ein Parasit im Körper haust, von dem er nur das Gerüst und die Blutversorgung bezieht. Also nicht durch krebsige Verwandlung der bestehenden Gewebe, sondern durch Umwucherung und Verdrängung breitet er sich aus.

Oft wird die Frage aufgeworfen, ob der Krebs jetzt häufiger als früher vorkommt. Eine Antwort an der Hand der Statistiken lässt sich hierüber nicht geben, aus dem einfachen Grunde, weil solche nicht existieren. Es ist aber nicht wahrscheinlich, dass der Krebs besonders zugenommen haben sollte. Durch allgemeine sanitäre Bestrebungen, wie Versorgung der Städte mit gutem Wasser, Abfuhr der Abfallsstoffe und ähnliches ist die Sterblichkeit der Bevölkerung bedeutend herabgedrückt worden, indem Pocken, Cholera, Typhus und andere Infectionskrankheiten nicht die Opfer fordern wie früher. In dem Masse aber wie die Bevölkerung ein hohes Alter erreicht, fällt sie auch mehr den Alterserkrankungen, unter anderem dem Krebs anheim.

Dass der Krebs eine Krankheit ist, die in allen Klimaten und unter allen Völkern vorkommt, beweisen ausgedehnte Untersuchungen englischer Forscher. Auch der sociale Stand scheint kaum einen wesentlichen Einfluss auszuüben. Wohin wir auch sehen, nirgends ist das Beweismaterial so einwandsfrei, dass es mit zwingender Notwendigkeit auf die Ursache des Krebses hinweist. Diese Lücken auszufüllen, wäre die Statistik in grossem Massstabe sehr geeignet. Bis jetzt existiert eigentlich keine brauchbare Statistik, und wie die beschaffen sein müsste, zeigen die verschiedenen Vorschläge. Es müssten dabei alle Faktoren berücksichtigt werden, die irgendwie ätiologisch in Betracht kommen könnten, Wohnungsverhältnisse, Bodenbeschaffenheit, sociale Lage, Beschäftigung und anderes. Bis jetzt ist aber noch nichts derartiges vorhanden. Erst in Jahrzehnten könnte sich daraus etwas Brauchbares ergeben.

An Erklärungsursachen für die Entstehung des Krebses hat es freilich nicht gefehlt. Am bekanntesten ist die geistreiche Theorie von Cohnheim, der die Wachstumsenergie auf embryonal abgesprengte Keime zurückführte, die sich besonders an den Stellen finden, wo entwicklungsgeschichtlich Complikationen stattfinden, entweder Einstülpungen des äussern Keimblattes oder Uebergänge in ein anderes Epithelrohr. Neuerdings hat von pathologischen Anatomen Ribbert an diese Theorie angeknüpft, der gerade auf Grund von Studien an beginnendem Karcinomen die letzte Ursache des Krebses in den Spannungsverhältnissen sieht, unter denen die Gewebe stehen. Die Gesetzmässigkeit, unter die das Wachstum der einzelnen Gewebsarten gestellt ist, kann durch abnorme Vorgänge gestört werden. Eine Ursache dieser Störung sieht Ribbert in der Bindegewebswucherung, die sich als zellreiche Infiltration zwischen Epithel und Bindegewebe drängt und damit den normalen Zusammenhang unterbricht. Dadurch werden die Zellen aus ihrem organisierten Verbande gelöst und das Gleichgewicht gestört, das die Epithelzelle nicht mehr am schrankenlosen Wachstum hindert.

Mit dieser Lehre betont Ribbert dass die Entstehung des Karcinoms nur aus histologischen und histogenetischen Erscheinungen zu erklären sei. Jede Entstehung von aussen her, bacillären oder parasitären Ursprungs, lehnt er damit strikt ab, die gerade unter den Klinikern ihre überzeugtesten Anhänger gefunden hat. Was lag auch im Zeitalter der Bakteriologie näher, als die Krebserkrankung auf parasitäre Einflüsse zurückzuführen. Das ganze Wesen der Erkrankung lud zu diesem Vergleich ein. Wie überzeugend dieser Gedanke war, zeigt die grosse Zahl der Arbeiten auf diesem Gebiet: Sie ist ins Ungeheuere gewachsen.

Das eine Mal war es die Zelle selbst, die nach Adamkiewicz der Parasit sein sollte. Sie sollte ein körperfremdes Gebilde sein, und als Heilserum stellte Adamkiewicz sein Cancroin hin, mit dem er viele Erfolge erzielt haben wollte. Die ganze Krebszelle als Parasiten hinzustellen, war nach den gründlichen Untersuchungen über ihren epithelialen Character eine starke Zumutung.

Das andere Mal geben die verschiedenen Einschlüsse der Krebszelle und ihre Zerfallsproducte Anlass, diese Gebilde in parasitärem Sinne zu deuten. Bald sollte der Erreger ein Bacillus sein, bald ein Micrococcus, bald Amoebe, bald eine Hefe. Erwähnen will ich nur 2 Namen von Vertretern dieser Theorie: Schüller und Doyen. Schüller hat trotz aller Widerlegungen an seinem Parasiten festgehalten. Doyens Entdeckung des „Mikrococcus neoformans“, wie er seinen Erreger nannte, hat eine eigentümliche Geschichte gehabt. Als er auf einem Chirurgen-Congresse in Paris mit seiner Entdeckung hervortrat, erhob sich ein lebhafter Widerspruch, der dazu führte, dass eine Commission eingesetzt wurde, die bei Doyen sich mit dem Studium des Mikrokokkus befassen sollte. Das Resultat über die parasitäre Forschung können wir dahin zusammenfassen, dass es bis jetzt nicht gelungen ist, einen einwandfreien Beweis für diese Ansicht zu erbringen. Einer strengen

Kritik halten alle Befunde nicht stand, und es ist nicht möglich durch Reinculturen oder Impfversuche die Probe aufs Exempel zu liefern.

Von Interesse dürfte Virchows Stellungnahme zur Aetiologie des Krebses sein. Er äussert sich sehr vorsichtig. Er lehnt weder die bacilläre Theorie ab, noch hält er sie für dringend nötig, obgleich durch die anatomischen oder experimentellen Ergebnisse durchaus nicht alles erklärt sei. Wir sehen also, der wichtigste Punkt in der ganzen Krebsfrage, die Aetiologie, ist noch ganz im Unklaren. Weder die Anhänger der einen, noch die der andern Richtung können positive, zwingende Beweise für ihre Anschauung beibringen. Diesem Umstande entsprechen auch die bis jetzt noch sehr wenig befriedigenden Heilresultate.

Wir kommen damit zum II. Abschnitt, der Therapie des Krebses. Nach der obigen Bemerkung über das Wachstum des Krebses kann nur eine Therapie die massgebende sein, die operative, also die Entfernung des erkrankten Gewebes aus dem Körper. Da der Krebs anfangs nur rein local sich ausbreitet, so muss diese Therapie unter Umständen zur Heilung führen. Ausser des chirurgischen Behandlung hat teilweise noch die Röntgenbehandlung Erfolge aufzuweisen. Die gewebsschädigenden Eigenschaften der Röntgenstrahlen haben sich bei jauchenden Carcinomen sehr gut bewährt. Der Tumor schrumpft, und das Geschwür reinigt sich. Die Grenze der Behandlung ist aber eng gezogen, indem sich die günstige Wirkung nur erstreckt auf oberflächliche Krebse oder Krebsgeschwüre. Nur nach einer Seite hin hat die Anwendung bei tiefer liegenden Tumoren einen Erfolg: es werden eben die Schmerzen gelindert. Die Ausbreitung des Carcinoms aber macht eher Fortschritte, indem es leichter zu Metastasen kommt. Die Serumbehandlung steht in engem Zusammenhang mit der bacillären Theorie und wäre daher nicht weiter zu besprechen. Fasst man die Serumtheorie in weitem Sinne auf, so könnte man nach Ribbert z. B., der doch ein ausgesprochener Gegner der bacillären Theorie ist, auch mit Stoffwechselproducten des Carcinoms selbst immunisieren. Die Schwierigkeiten würden nur darin liegen, die entsprechenden Immunsera zu beschaffen, die je nach der Art, ob Platten- oder Cylinderkrebs, verschieden sein müssten. Bis jetzt ist es freilich nur bei diesem theoretischen Vorschlag geblieben.

Unter diese Gruppe von Behandlung könnte man dann auch unterbringen die Versuche mit Injection von artfremdem Blut, wie sie neuerdings von Bier und andern versucht sind. Bis jetzt sind es aber Versuche geblieben.

Die interne Therapie mit ihrem Heer von Mitteln hat garnicht die Absicht, zu heilen. Sie will meistens nur palliativ wirken und die schrecklichen Leiden der Krebskranken lindern. Denn schliesslich fällt ihr doch allein die ganze Menge der inoperablen Krebse anheim.

Weil aber die Wirkung all dieser Mittel doch nur sehr vorübergehend ist, wird immer nach neuen Mitteln gesucht. Auch hier wiederholt sich immer dasselbe Spiel: Zuerst der Enthusiasmus über die ausgezeichnete Wirkung, später die grosse Enttäuschung. Jedenfalls steht das eine fest: bei der Therapie inoperabler Krebse ist jedes Mittel am Platz, das die Neubildung zum Schwinden bringt. Aetzende Chemikalien, Thermokauter oder Fulguration oder zu gut deutsch, lieber Funkenbehandlung.

Wir wollen jetzt der Frage näher treten, wie weit wir durch einen operativen Eingriff bei Krebs eine Dauerheilung erzielen können. Uns liegen zahlreiche Statistiken vor über eine grosse Anzahl von Beobachtungen, und wir erfahren da, dass der eine Operateur 4%, der andere 20%, der dritte 30% Heilungen erreicht. Auch die Mortalität ist ganz verschieden, der eine hat 0%, der andere 8%, der dritte 20%. Es liegt nahe, Vergleiche zu ziehen, denn Zahlen lassen sich sehr schön vergleichen. Aber die Voraussetzung der Statistik muss dann sein, dass sie auf ganz gleicher Basis ausgebaut wird. Beim Mammacarcinom z. B. steht der eine so, dass er eine Operation bei stark vergrösserten Supraclaviculardrüsen für aussichtslos hält, ein anderer nicht. Ein Vergleich ist vollkommen ausgeschlossen, solange wir nicht das Operabilitätsprocent wissen. D. h. das Verhältnis der Operierten zu den in der gleichen Zeit der Klinik zugegangenen Kranken. Erst diese Zahl giebt uns den richtigen Masstab. Was hilft es, dass einer 20% Heilung hat bei 20% Operabilität, der andere dagegen nur 10% Heilung bei 60% Operabilität. In diesem Fall stellen die 10% einen viel grösseren Erfolg dar als die 20%. Uns helfen also die Statistiken ohne Operabilitätsziffern garnicht. Das gilt leider von allen bisher veröffentlichten Statistiken bis auf die des Uteruskrebses. Der Wert ist also nur ein relativer. Das werden wir am besten erkennen aus folgenden Zahlen:

Bei Gusserow schwanken die Operabilitätsprocente je nach dem Zeitraum von 4,5—16,3.

Bei Ohlshausen von 31,6—61,6. Nehmen wir noch eine grössere Zahl, so finden wir die Zahlen 8, 10, 12 und 40 und mehr %.

Ohne Berücksichtigung der Operabilitätsziffer ist also eine richtige Heilungsziffer überhaupt nicht zu erhalten.

Um die Dauerresultate zu berechnen, ist eine Recidivfreiheit von mindestens 5 Jahren anzunehmen. Die Statistiken über den Uteruskrebs haben diese Zahl zu Grunde gelegt, während alle die übrigen nur 3 Jahre Recidivfreiheit annehmen. Die Mehrzahl der Recidive tritt freilich schon in den ersten beiden Jahren ein, ca. 65% beim Uteruskrebs, während in 4—5 Jahren relativ wenig Recidive (5—10%) zu verzeichnen sind.

Nehmen wir beim Uteruskrebs Durchschnittszahlen, so finden wir als Heilungsziffer bei der vaginalen Totalexstirpation 30—40%, bei der Berücksichtigung des Operabilitätsprocentes, das zwischen 8—20% schwankt, aber nur eine absolute Heilungsziffer von nicht viel mehr als 10%. Von 100 Krebskranken Frauen sind also 90 unheilbar. Diese Erkenntnis hat nun zur erweiterten abdominalen Operation des Uteruskrebses geführt, die sich allmählich Bahn bricht. Die Erfolge, die Makenrodt, Wertheim, Bumm und andere erzielt haben, sind grossartig. Die Operabilitätsziffer ist von 30% auf 80%, vereinzelt sogar auf 92% in die Höhe gegangen. Die Mortalität ist selbstverständlich auch eine bedeutend grössere, anfangs 50%, jetzt vereinzelt sogar 8,7% Das Endergebnis ist aber, dass mindestens 20% Dauerheilung auf diese Weise erreicht werden können. Aber noch durch ein anderes Mittel ist der Kampf gegen den Uteruskrebs erfolgreich aufgenommen worden. Es ist Winters Verdienst, durch Cirkularschreiben an die Aerzte und Hebammen, sowie durch Aufrufe in den Zeitungen auf die günstigen Chancen der Heilbarkeit des Krebses im Frühstadium hingewiesen zu haben. Es wurde hingewiesen auf die Tatsache, dass ein grosser Teil der Frauen von Hebammen, aber auch ein Teil von Aerzten behandelt wurde, die keine Genitaluntersuchung vorgenommen hatten, sodass die beste Zeit zur Operation verloren ging. Winters Bemühungen hatten den Erfolg, dass die Operabilitätsziffer bedeutend stieg, von 33% auf 57% gleich anfangs. Die übrigen Statistiken haben für uns nur bedingten Wert. Denn bis jetzt haben die Chirurgen noch nicht ähnliche Statistiken aufgestellt, wie die Gynäkologen. Es

sind bis jetzt nur berücksichtigt die tatsächlich in die Klinik Aufgenommenen. Jede dieser Statistiken giebt uns also nur ein Bild von den Erfolgen in den einzelnen Kliniken, ohne uns über die Häufigkeit oder die Operabilitätsziffer in den einzelnen Gegenden zu unterrichten. Ich beschränke mich daher auf kurze Hinweise. Sehr gute Resultate liefert der Lippenkrebs, der anfangs nur 10—24% Heilung durch die Operation aufwies, jetzt aber noch bei hoher Operabilitätsziffer (wie es aus der Wölflerschen Klinik berichtet wird, wo selbst beim Uebergang auf den Unterkieferknochen die Operation gemacht wird) 65% Heilung aufweist.

Im Gegensatz dazu stehen die schlechten Resultate beim Zungenkrebs, die nicht viel mehr als 10% Heilungen betragen. Der Mammakrebs hat eine ungeheure reiche statistische Bearbeitung erfahren. Die Resultate aus der älteren Zeit sind sehr wenig befriedigend, Billroth 4%, Esmarch 11% Heilungen. Allmählich bessern sie sich und erreichen fast 30%. (v. Bergmannsche Klinik 28,7%). Der Höhepunkt ist damit noch nicht erreicht. Auch hier wird die Operationsmethode radicaler und damit die Resultate besser. Die Kocher-Halstedtsche Operation, die neben den Drüsen der Axelhöhle noch den ganzen Pektoralis major- und minor mitwegnimmt und eventuell sogar die Clavicula temporär reseciert, um die Supraclaviculardrüsen auszuräumen, erreicht schon 40 und mehr Procent. Also bei hoher Operabilitätsgrenze wird diese Ziffer erreicht. Dass aber die bisherigen Operationsmethoden mangelhaft waren, zeigt der Nachweis, dass früher bei 81 Fällen Recidive 51 Mal in der Narbe auftraten, d. h. zu 63%, während bei der Kocher-Halstedtschen Methode die Localrecidive nur 11—18% betragen. Diese Zahlen dürften genügen, um ein Bild zu entrollen von der mangelhaften Heilung des Krebses, der aber andererseits doch wieder wesentlich abgeholfen werden kann.

Das eine Mal kann man durch die folgende Radicaloperation helfen, die nicht stehen bleibt bei den makroskopisch vergrösserten Drüsen, sondern auch gleich die folgende Drüsenstation ausräumt. Die Erweiterungsfähigkeit auf diesem Wege ist aber doch sehr beschränkt, nicht weil der Körperzustand des Patienten einen solchen Eingriff nicht zulässt, sondern weil die Entfernung alles Erkrankten technisch nicht durchführbar ist. Viel mehr dürfte man auf dem anderen Wege erreichen, wie er von Winter eingeschlagen ist. Nur die Frühdiagnose sichert den Erfolg. Der Chirurg ist aber selten in der Lage, in diesem Stadium den Patienten zu sehen. Das eine Mal macht der Krebs am Anfang viel zu wenig Beschwerde, als dass die Patienten sich an den Arzt wenden. Tun sie es schliesslich, so ist es in erster Linie der practische Arzt, an den sie sich wenden. Hier hängt nun alles davon ab, dass nicht die beste Zeit verstreicht, indem die anfangs unbestimmte Diagnose auf Krebs eine gesicherte wird im Laufe der Monate. Bei Verdacht auf Carcinom muss ebenso wie bei der Appendicitis der Chirurg früh gerufen werden. Später ist seine Kunst machtlos.

Schliesslich muss aber auch die Ueberzeugung allgemein durchdringen, dass auch gutartige Tumoren zu entfernen sind. Denn ein unschuldiger Ovarialtumor kann auch gelegentlich sehr unangenehme Complicationen machen, ein Myom auch schliesslich carcinomatös entarten.

Von Mammatumoren speciel im vorgerückten Alter muss gelten, dass sie sobald als möglich zu entfernen sind, da 80—90% stets auf Krebs beruhen. Viel wichtiger ist aber, dass das Publicum selbst belehrt wird nach dem Vorgang von Winter. Es muss mit den harmlosen Anfangssymptomen bekannt sein, um darin eine Mahnung zu sehen, sich an den Arzt zu wenden. Das muss ganz systematisch und mit viel Ausdauer geschehen, nicht nur von einem einzelnen, sondern mit Unterstützung aller Collegen. Schliesslich muss der Erfolg doch eintreten. Ich fasse die Resultate meiner Untersuchung in folgendem zusammen.

Trotz aller Bemühungen ist es uns zur Zeit nicht gelungen, unsere Kenntnisse über die Aetiologie des Krebses in befriedigender Weise zu erweitern. Trotzdem stehen wir aber nicht machtlos der Krankheit gegenüber. Unsere beste Grundlage für die Behandlung der Krebskrankheit bieten nach wie vor die pathologisch-anatomischen Kenntnisse. Nur auf ihnen beruhen die Fortschritte der Operation, die noch viel besser werden müssen durch gemeinsame Mitarbeit aller Beteiligten, der practischen Aerzte und des Publicums im Kampf gegen den Krebs. Wir sind dem Krebs gegenüber in keiner schlechteren Lage, als der Tuberculose, der Diphtherie, der Appendicitis, wo das Anfangsstadium allein die besten Aussichten auf Heilung bringt. Alles hängt hier von der Frühdiagnose ab, und ein Irrtum in der Frühdiagnose hat nicht die schlimmen Folgen wie die sichere Spätdiagnose.

Ueber acute traumatische Ataxie.

(Vortrag, gehalten auf dem 1. Kurländischen Aerztetag in Mitau 12. V. 1908).

Von

Dr. Eduard Schwarz,

Dirigierendem Arzt der Abt. für Nervenkranke des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

Wenn ich es gewagt habe, Ihnen, m. H., ein Referat über einen einzelnen Fall anzuzeigen, so glaube ich, dass eine Mitteilung einzelner Krankengeschichten in einer Versammlung von Collegen, wie die Ihrige, nur ihre Berechtigung hat, wenn am Symptomenbild mehrere Disciplinen mit ihrem Interesse beteiligt sind, und wenn Erscheinungen im Symptomenbilde zu beobachten sind, die ein ganz allgemein-medicinisches Interesse beanspruchen dürfen; dann hilft auch die Seltenheit das Interesse zu erhöhen.

Im vorigen Winter wurde am 16. XII. in meine Abteilung der Kranke Ans Zaur, 46 Jahr alt, aus der I. medicinischen Abt. übergeführt. Dort war man zur Ueberzeugung gekommen, dass es sich um ein schweres, nervöses Leiden handeln müsse — doch liess man die Diagnose offen. Pat. zeigte erhöhte Körpertemp., und die Anamnese lautete: der Kranke sei am 2. XII. 1907 acut erkrankt: mit Sshwächegefühl, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, wenig Husten, dabei Schmerzen in der Brust vorne, keine Stiche, leichte Kälteschauer, kein Schüttelfrost. An den Organen war nichts Pathologisches gefunden worden, ausser einer leichten Bronchitis mit spärlichem, schleimigem Sputum; am 12. XII. wurde notiert, dass Pat. „sich nicht aufrecht zu halten vermöge“ und dass er „beim Versuch zu stehen, sich am Betttisch halten müsse.“ Dieses konnte ich am 16. XII. bestätigen, Pat. konnte weder gehen noch stehen; wenn man ihn auf die Beine stellte, fiel er nach hinten und links um, wenn er nicht gehalten wurde. Am nächsten und übernächsten Tage (17. u. 18. XII.) konnte Pat., an der Hand geführt, nach einiger Uebung leidlich gehen; dieses Verhalten machte einen eigentümlichen Eindruck; man hätte an eine hysterische Erscheinung denken können, doch war nichts von einem hysterischen Charakter oder einem hysterischen Gebahren an dem Mann zu sehen; er war willig und gab sich Mühe, allen Anforderungen nachzukommen, gab prompte Antworten — und! — er zeigte

erhöhte Körpertemperatur und liess man ihn los, so fiel er nach hinten und links um, wie am ersten Tage. Die Bewegungsstörung war beim Verlassen des Bettes anfangs fast genau dieselbe wie am ersten Tage, erst nach einiger Uebung gelang es ihm, einige Schritte zu machen, dann geführt, leidlich, aber taumelnd zu gehen! — beim Augenschluss fiel er sofort nach hinten über. — Am 19. XII. machte ich ihm eine Lumbalpunction und förderte klaren, aber dunkel-gelben Liquor zu Tage, der auf das Nonne-Apelt'schen Reagens stark positiv reagierte. Mikroskopisch ist der Liquor nicht untersucht worden; ich stand davon ab, da es an Arbeitskräften mangelte, und nur der dunkelgelbe Liquor mit ziemlich hoher Wahrscheinlichkeit zeigte, dass vor einiger Zeit eine Blutung im Innern des Dorsalsackes stattgefunden haben musste. Die Lumbalpunction gab also schon sehr wichtige Anhaltspuncte; freilich sagte sie nichts, woher die Blutung stammte! — Bei der nichtssagenden Anamnese war auch nichts Sicheres über den Ursprung der Blutung zu vermuten! — Mittlerer Weile war aber Pat. von seinen Kameraden besucht worden; dieselben hatten ihm erzählt, dass er am 2. XII. beim Laden eines Dampfers von der „Schlange" erfasst und über Bord geworfen worden war; er sei unten auf den Rand des „Prams", in dem das zu verladende Holz an den Dampfer herangefahren wird, aufgeschlagen, in's Wasser gefallen; man hätte ihn besinnungslos herausgezogen und sofort ins Krankenhaus gebracht! — Pat. selbst weiss nur, dass er bis zum 1. Dec. ganz gesund gewesen ist und über nichts zu klagen gehabt hatte, von dem Zufall selbst hatte und hat er bis heute absolut keine Erinnerung! — Diese Amnesie, die sich auch retrogad auf kürzere und längere Zeit vor einem Unfall erstrecken kann, so dass die Betreffenden die Begebenheiten, die sie noch bei voller Gesundheit und klarem Bewusstsein vor dem Unfall erlebt hatten, vollständig vergessen, illustriert dieser Fall in vorzüglichster Weise, ebenso ihre Rolle, die sie bei der Begutachtung solcher Fälle spielen kann. Nun war die Beurteilung des Falles schon keine ganz so schwierige mehr, der Kranke hatte offenbar eine schwere Kopfverletzung davongetragen — äusserliche Hautverletzungen waren nicht vorhanden, aber innere Läsionen des Hirns und seiner Häute beweist die gelbe Cerebrospinalflüssigkeit im Verein mit den nervösen Ausfallssymptomen; auch eine Schädelfractur ist nicht unwahrscheinlich, jedenfalls in Erwägung zu ziehen. Für dieselbe spricht freilich direkt nichts, es waren keine Störungen der Hirnnerven vorhanden; ich meinte in der ersten Zeit einen Schallunterschied des Schädels oben links zu hören, was bei der in der Folge deutlicher hervortretenden Ataxie der rechtsseitigen Extremitäten, namentlich des rechten Beines zu denken gab; ich habe aber von einer Hirnpunction Abstand genommen; der Zustand besserte sich von Tag zu Tag, so dass ein derartiger Eingriff nicht voll berechtigt erschien. Bei der Percussion des Schädels mit dem Finger äusserte Pat. wenig oder keinen Schmerz; bei der Erschütterung des Schädels, namentlich von oben mit dem weichen Antitenar der Faust, gab Pat. ziemlich regelmässig Schmerzen an. Diese Erscheinungen konnten einesteils mit einem Hämatom links oben in Zusammenhang gebracht, andrerseits auf eine Fractur der Schädelknochen bezogen werden: Erwägungen, die durch die Befunde im Liquor nahe liegen.

Am 28. XII. machte ich eine 2. Punction; der Liquor war nur noch hellgelb, war macroscopisch vollkommen klar, also Besserung. Diese Punction war veranlasst durch eine Periode erhöhter Körperwärme.

Diese Erscheinung ist besonders interessant, aber schwierig zu beurteilen; an der Temperaturcurve sehen Sie, m. H., dass bei der Aufnahme des Kranken Temperatursteigerung vorhanden war; sie hörte bald auf, und wäre nichts weiter zu beobachten gewesen, so hätte man dieselbe auf die leichte Bronchitis bezogen und wäre zur Tagesordnung übergegangen; doch am 24. XII. setzten wieder Temperaturen ein und hielten sich in den ersten Tagen auf 39,5 — stiegen am 28. XII. auf 40,3 — und fielen dann, um am 1. I. 1908 resp. 2. I. dieses Jahres normal zu werden. Pat. war leicht benommen und hatte während dieser Zeit 2 × unter sich gelassen. Am 6. I. u. am 9. I. stieg die Temp. fast bis 40°, um dann normal zu werden und bis heute normal zu bleiben.

Der Kranke ist noch im Augenblicke in der Abteilung, und ich hätte ihn Ihnen mitbringen können; er sieht frisch aus und geht flott ohne Schwanken und ohne Ataxie des rechten Beines; er hat auch leidlich gute Kräfte, kann eine grosse Bank durch die Abteilung tragen; doch klagt er über Schmerzen in der linken Körperseite, in der Thorax- und in der Bauchgegend; sonst ist an ihm nichts zu sehen. Wie ist nun dieser Fall zu beurteilen?

Was zunächst die Steigerung der Körpertemperatur anlangt, so können wir wohl mit recht grosser Bestimmtheit sagen, dass es eine durch nicht entzündliche Reize des Hirns bedingte Steigerung der Eigenwärme giebt; nicht nur, dass einwandsfreie Experimente durch Verletzung gewisser Hirnteile Hyperthermie erzeugten, auch klinische Beobachtungen mit pathologisch-anatomischen Befunden lassen es als ziemlich sicher hinstellen, dass der Kopf des corp. striatum derjenige Hirnteil ist, dessen Verletzung am ehesten eine cerebrale Hypertermie erzeugt. (Ito, Aronsohn und Sachs).

Es giebt aber auch Berichte, die dieselbe Eigenschaft auch anderen Hirnteilen beimessen; bei Verletzung des Thalamus, der motorischen Hirnrinde, des Pons und der med. obl. sah man Hyperthermie auftreten; die alten Experimente aus dem Jahr 1869 von Naunyn und Quinke, die bei Zerquetschungen des oberen Halsmarks hohe Temperaturen erzeugten, sind bekannt. Auch bei Blutung und Erweichungen sah man auf der gelähmten Körperhälfte halbseitige Hyperthermie (Horsley, Nothnagel, Monakow, Chotzen). — Und auch nach Traumen sieht man hohe Temperaturen, die bei vollkommen guter Wundbeschaffenheit nur auf die mechanische Reizung des Hirns zu beziehen sind. Thoele sah bei Eröffnung einer Hirncyste und Tamponade 45 Tage lang abendliche Temperaturen bis 40° und bezog sie auf Reizung des corp. striatum; auf der ersten Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte im vorigen Herbst in Dresden wurde von chirurgischer Seite vom Hirnfieber als von einem absolut feststehenden Factum gesprochen (Krause). Und auch bei „Commotio cerebri" sieht man Hyperthermie (Kocher), d. h. diese Commotio war eben keine reine Commotio cerebri, sondern die Hyperthermie liess den Schluss zu, dass gröbere anatomische Verletzungen durch das Trauma gesetzt worden waren. Diese Erfahrungen machen es auch wahrscheinlich, dass es ein rein auf nervöse Einflüsse zurückzuführende functionelle Hyperthermie giebt. Diese Frage habe ich näher durch Krankengeschichten illustriert, im vorigen Jahr auf dem livl. Aerztetag in Dorpat (St. Petersburger med. Wochenschrift, 42. 1907) und in den letzten Tagen ist auch von Carl Wilmanns im Centralblatt für Nervenkrankheiten und Psychiatrie 1908, Heft 1. 2. 3. in einem höchst interessanten, forensischen Falle die Temperatursteigerung als eine solche rein functionelle Hyperthermie aufgefasst worden. Aronsohn fasst unsere heutigen Kenntnisse in einem Vortrag „Ueber Wärmebildung im Fieber" (Berl. klin. Woch. 1907, 24) in den Schlusssatz zusammen: „Das Feuer im Fieber wird durch die vom Wärmecentrum kommenden calorischen, resp. trophischen Nerven in den Muskeln angefacht; es flammt hervor, indem aus dem Muskelplasma die proteolytischen Fer-

mente hervorströmen und die lebendige Kraft des Biogens in Wärme umwandeln". Bei dem Kranken Zaur werden wir wohl voraussetzen dürfen, dass er sich durch seinen Unfall schwere traumatische Läsionen des Hirns zugezogen hat, nicht allein im Innern desselben, sondern auch an der Oberfläche; diese dürfen die Steigerung der Eigenwärme verursacht haben; doch von diesen Läsionen später.

Will man die anfängliche Temperatursteigerung auf diese Läsionen beziehen, — eine directe, sichere Behauptung könnte wohl kaum gerechtfertigt erscheinen — wie kamen die späteren Temperaturerhöhungen zu Stande? der Kranke zeigte doch längere Zeit normale Temperaturen?!

Während dieser Perioden erhöhter Eigenwärme sahen wir cerebrale Symptome allgemeiner Natur auftreten, die sonst fehlten; gleich nach der Aufnahme war von solchen Erscheinungen nichts notiert worden; Pat. gab mir nachträglich an, er sei gleich nach seiner Aufnahme in der Wanne zu sich gekommen. Zu Anfang meiner Beobachtung ist nichts Abnormes in psychischer Beziehung gesehen worden, erst als die Temperatur stieg, sah man leichte Benommenheit; Pat. war in seinem Wesen verändert und liess 2 mal Harn und Stuhl ins Bett. Andere Ursachen und Erklärungen der erhöhten Körperwärme liessen sich nicht nachweisen; auch war der liquor cerebrospinalis macroscopisch vollkommen durchsichtig; auch diese Probe wurde nicht microscopisch untersucht; auch damals fehlte es mir an Hilfskräften, und bei der Anschauung über den Fall verzichtete ich, freilich ungern, auf die Untersuchung, um die vorhandenen Kräfte nicht zu überlasten. (M. H.! Hilfskräfte wären am Krankenhause erwünscht!)

Wie ist diese im späteren Verlauf auftretende Hyperthermie zu erklären? Was für Läsionen dürfen wir annehmen, auf die wir die Temperaturen und das übrige Symptomenbild beziehen?

M. H.! Ich habe in den letzten Jahren versucht, einer sehr wichtigen, in foro oft schwerwiegenden Frage mit Hilfe der Quinckeschen Lumbalpunction näher zu treten. Hat man Gelegenheit, einen Unfallverletzten vom ersten Beginn an fortlaufend zu beobachten, so wird es oft möglich sein, sich ein Urteil darüber zu bilden, ob bei ihm ein durch anatomische Läsionen bedingtes Leiden vorliegt, oder ob dasselbe nur rein functioneller Natur ist; und auch in dieser günstigen Position ist der Arzt oft absolut ausser Stande, irgend welche greifbaren Symptome zu erkennen, die eine derartige Unterscheidung ermöglichen; oft, sehr oft ist das Symptomenbild ein rein subjectives. Noch viel schwieriger liegen die Verhältnisse, wenn man einen solchen Mann längere Zeit nach dem Unfall ohne genaue Anamnese zu begutachten hat, und nur ein rein functionelles Krankheitsbild zu eruieren ist. In solch ungünstiger Lage wären wir heute, sollten wir über unsern Kranken heute — ohne genaue Anamnese, ohne Lumbalpunction, ohne zuverlässige Nachrichten über den Hergang beim Unfall und ohne die ersten Symptome, ohne die Gehstörung — uns eine Anschauung bilden. Das Krankenhaus hat mir in den letzten Jahren eine grössere Anzahl Unfallskranker in ihren ersten Stadien gezeigt; man kann auch in anscheinend leichten Fällen von sogenannter Commotio cerebri mit Lumbalpunction nachweisen, dass sich Blut in der Cerebrospinalflüssigkeit findet, Blut, das längere Zeit im Liquor vorhanden war — also keine Beimischung bei der Punction ist. Ueber 2 solche, leichtere Fälle habe ich berichtet, über den einen in Wenden auf dem livl. Aerztetag 1906 (St. Petersburger Medicinische Wochenschrift, Nr. 7, 1907), über den zweiten in Reval auf dem estländischen Aerztetag Nov. 1907. Dieser war von einem 10—12 Fuss hohen Stege auf weichen Waldboden gesprungen, hatte noch ein Waldfest mitgemacht, dann aber war er mit heftigen Kopfschmerzen, Erbrechen und Schlaflosigkeit erkrankt; 8 Tage nach dem Unfall hatte ich Gelegenheit, den Kranken zu punctieren; er zeigte Blut im Liquor; die Punction gab die Erklärung für die Symptome, die 8 Tage schon angehalten hatten; sie zeigte, dass trotz anfänglicher Euphorie ohne Coma, ohne directen Schlag auf den Kopf, doch Verletzungen und Zertrümmerungen des Hirns vorausgesetzt werden mussten, deren Ausdruck das Blut im Liquor war. Wir müssen uns in solchen Fällen vorstellen, dass das frei in der Hirnkapsel im Liquor schwimmende Hirn durch den Shock beim Sprung auf die Füsse, auf die untere Fläche des Schädels aufgeschlagen ist und an seiner unteren Fläche Zertrümmerungen davongetragen hat; für diese spricht eine in der 2. Woche auftretende, leichte, motorische Paraphasie, die bei vollkommener Bettruhe auftrat und wohl auf secundäre Veränderungen dieser Zertrümmerungsherde an der unteren Fläche der 3. Stirnwindung zu beziehen ist. Es ist bekannt, dass die Spitze des Stirnhirns bei Schlag von hinten, die Spitze der Schläfenlappen bei Schlag von oben mit Vorliebe solche Zertrümmerung zeigen. Nach dieser Analogie dürften wir wohl mit einiger Sicherheit Zertrümmerungen an der unteren Fläche des Stirnhirns voraussetzen. Diese verfallen der Quellung und Erweichung; und die damit verbundene Reizung der Hirnsubstanz ist wohl diejenige, der wir im heute referierten Falle Zaur die Steigerung der Eigenwärme und die cerebralen Symptome, die Benommenheit und das Untersichlassen zuzuschreiben haben.

In dem Falle von leichter Verletzung sehen wir bald Euphorie eintreten; der erste Kranke liess sich nach 8. Tagen garnicht mehr im Krankenhaus halten; der zweite musste 6 Wochen zu Bett liegen, seine Sprachstörung verschwand in 2 Wochen vollkommen. Nach 8 Wochen ging er wieder mit Erfolg seiner Beschäftigung nach; er ist Schüler einer der höheren Classen des Gymnasiums in Woronesh.

Kann man die Fälle weiter verfolgen, so sieht man, dass 2—3—4 Wochen nach dem Unfall sich im Liquor kein Blut mehr nachweisen lässt — sowohl makroskopisch wie mikroskopisch ist der Liquor volkommen normal geworden. In einer 2. Reihe von Fällen lässt sich nachweisen, dass nach Schwinden des Blutes im Liquor hochgradigere Lymphocytose auftritt, oder dass bald nach dem Trauma ohne vorherige Blutbeimischung (5 Tage nach Trauma) sich gleich Lymphocytose zeigt; 2 derartige Fälle stehen mir zur Disposition. Sie zeigen meist, aber nicht immer, schwerwiegendere cerebrale Symptome, wie in der ersten Gruppe. Der Ausgang ist mir bei diesen beiden Kranken unbekannt geblieben; nachdem Besserung eingetreten war, liessen sie sich ausschreiben! Sie stellen aber möglicherweise ein Vorstadium für eine 3. Reihe von Fällen dar. Man kann beobachten, dass Leute nach einem anscheinend geringfügigen Trauma, teils gezwungen, teils aus eigenem Pflichtgefühl und Arbeitsdrang auf die Erscheinungen nach dem Trauma nicht achten, sondern ruhig weiter arbeiten. Nach Monaten aber geht es nicht mehr, und man findet hochgradige Lymphocytose; in den 2 mir zu Gebote stehenden Fällen sah schon makroskopisch der Liquor trübe aus und zeigte mikroskopisch hochgradige Lymphocytose mit geringer Beimischung von polynucleären Zellen; der eine der Kranken zeigte leichte Temperatur, der zweite hatte normale Eigenwärme. Beide wurden mit dem Prädicat „genesen" entlassen. Der erste, schwerer Erkrankte arbeitet und ist gesund seit Jahr und Tag, — nach den mir freundlichst vom Fabrikarzt übermittelten Daten; über den 2. Fall habe ich

keine Nachrichten. — Was diesen Erscheinungen zu Grunde liegt, kann an diesen Fällen selbst nicht direct demonstriert werden. Sie sind alle genesen; nehmen wir aber den berühmten Hauserschen Fall zu Hilfe (Münchener med. Wochenschrift, 1899), der erst am 6. Tage nach einem schweren Kopftrauma zur Obduction kam, so ist es nicht schwer, zu Anschauungen zu kommen, die Anspruch auf grösste Wahrscheinlichkeit haben dürften.

Der Hausersche Fall zeigt, dass nicht nur an der Stelle der Einwirkung des Traumas, sondern auch an der Stelle des Contrecoup oberflächliche und dass in der Richtung des Stosses auch in der Tiefe des Hirns — im Hauserschen Falle in den grossen centralen Ganglien — Zertrümmerungen zu Stande kommen, die der Erweichung anheimfallen; wäre der Mann nicht noch 6 Tage nach dem Trauma am Leben geblieben, so hätte man diese Zertrümmerungen wahrscheinlich übersehen, was Hauser besonders betont. Wir dürfen also wohl annehmen, dass secundäre Veränderungen der Zertrümmerungsherde die späteren Erscheinungen, sowohl in den beiden Fällen der 2. Reihe, als im heute zu besprechenden Falle Zaur, hervorriefen, sowohl die Lymphocytose als auch die meningitis ähnlichen Symptomenbilder, bei denen durch Mangel an Schonung die Heilung in die Länge gezogen wurde. In anderen Sectionsfällen, die bald und gleich nach dem Unfall ad exitum kamen, hat man beobachten können, dass die Herde resp. Blutungen multiple sind. Grössere und kleinere Herde finden sich im Hirn zerstreut, neben den oben erwähnten Stellen sind die Stirnrinde, das Grau der Ventrikel die Prädilectionsstellen dieser Blutungen. Wir werden also wohl annehmen dürfen, dass in unserem Falle Zaur nicht ein Herd, sondern multiple Blutungen vorhanden waren, die später der secundären Veränderung anheim fielen. Wo sassen diese und in welchem Zusammenhang stehen sie zur Gehstörung, zur Ataxie? — Dass eine Gehstörung vom ersten Anfang an bestanden hat, ist höchst wahrscheinlich; für die allerersten Tage finden sich keine Notizen, doch schon am 3. Tage nach der Aufnahme findet sich die Notiz: „vermag nicht zu stehen“, „knickt sofort zusammen“, „Schwäche der Beine — einzige Beschwerde“. Wir dürfen also wohl sagen, die Gehstöhrung ist auch durch den Unfall entstanden; ob wir berechtigt sind, auch für die ersten Tage von einer Ataxie zu reden, ist eine andere Frage. Es will eher scheinen, als ob in den ersten Tagen eine hochgradige Parese der Beine bestanden hat, aus der sich erst nach beginnender Besserung eine Ataxie herausschälte; jedenfalls dürfen wir für die spätere Zeit von eine Ataxie sprechen, die acut entstanden war.

Acute Ataxie wird beobachtet: bei multiplen, kleinen Herden im Pons, in der Medulla obl. (Leyden-Westphal), bei ähnlichen in der Hirnrinde und bei solchen in Hirn und Rückenmark (Lüthje), bei Erkrankungen des Kleinhirns (Nonne, Bechterew), bei multipler Neuritis (Dejerine). Sie entwickelt sich meist nach Infectionskrankheiten. Bechterew sah die cerebellare Form sich bei Alkoholikern entwickeln. Aber auch nach Apoplexien kommt acute Ataxie an Stelle der Hemiplegie vor (Veckenstedt, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk. Bd. XV. pag. 453. H.). Nonne sah cerebellare Ataxie nach Insolation zu Stande kommen, in einem andern Fall nach Einwirkung hoher Hitzegrade. Bechterew citiert einen Fall von Schnitzer, in dem Fischvergiftung vorlag. Ich habe nach hochgradigem Missbrauch von Alcohol einen Fall von „centraler acuter Ataxie“ gesehen, in dem ich geneigt bin, eine centrale Lähmung des von Duchenne postulierten centralen Coordinationsvermögens anzunehmen, ganz ähnlich wie bei der Korsakowschen Lähmung das Gedächtniss isoliert und complet gelähmt wird. Hier war keine Lähmung der Sensibilität vorhanden sondern eine Hyperästhesie; diese Erkrankung lässt vermuten, dass in Fällen von acuter hochgradiger Ataxie mit polyneuritischen Symptomen die acute Ataxie central bedingt sein dürfte, wie das in einem zweiten Fall wahrscheinlich wurde. Die Fälle sind in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde (Bd. 34, pag. 456 ff) erschienen.

Leyden sah acute Ataxie 4 Wochen nach einem Trauma.

Wir werden wohl nicht fehl gehen, wenn wir in unserem Falle multiple Zertrümmerungsherde annehmen, und wenn wir vermuten, dass diese im Grosshirn und im Kleinhirn ihren Sitz haben. Doch zu weiteren Schlüssen sind wir nicht berechtigt, denn Obductionen liegen nur sehr wenige vor. Lüthje hat kürzlich die Literatur zusammengestellt (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XXII. pag. 280). Die wenigen Obductionsbefunde lassen keine bestimmten Schlüsse zu. Lüthje meinte, dass zunächst „im Interesse grösserer Klarheit“ vom symptomatischen Gesichtspunct der zuerst von Leyden gebrauchte Ausdruck der „acuten Ataxie“ für alle in Betracht kommenden Fälle sich empfehle. Lüthje unterscheidet eine „acute cerebrale“ und eine „acute cerebro-spinale Form“. Die Nonneschen Fälle und die von Bechterew lassen weiter eine „cerebellare Form“ unterscheiden; die Fälle aus meiner Beobachtung möchte ich „acut centrale Form“ bezeichnen.

Nach Allem meine ich berechtigt zu sein, die Erscheinungen, die der Kranke dargeboten hat, auf seinen Unfall zu beziehen und nicht fehl zu gehen, wenn ich das Symptomenbild als acute traumatische Ataxie bezeichne. Ich habe keinen ähnlichen Fall gesehen; der einzige Fall, der mir in der Literatur (der acuten Ataxie) entgegengetreten, ist der Leydensche Fall. In demselben trat die Ataxie 4 Monate nach dem Unfall ein — wenn ich mir heute eine Vermutung erlauben darf, so ist dieselbe durch secundäre Veränderung der durch das Trauma gesetzten Läsionen in cerebro verursacht gewesen.

Referate.

W. Kluger. Ein aussergewöhnlicher Fall von Purpura fulminans bei einer erwachsenen Person. („Przegląd lekarski“. Nr. 41. 1908.)

Verfasser teilt einen seltenen Fall von Purpura mit, den er als Purpura fulminans anerkennen zu müssen glaubt, obgleich die Symptome nicht ganz genau der von Henoch im Jahre 1887 (Berl. klin. Wochenschr.. Nr. 1) beschriebenen klinischen Form entsprechen. Die Kranke, eine Frau von 22 Jahren, bekam 2 Tage nach einer überstandenen Angina blutige Flecken und Beulen in der Mundhöhle und an den Lippen, zum Teil auch kleine, blaurote Flecken auf der Haut. Bei der am nächsten Tage erfolgten Aufnahme in die Krakauer Universitätsklinik (Prof. Jaworski) wurden bei gutem Allgemeinzustand der Patientin gefunden: Petechien und Blutbläschen auf der Haut des Kopfes, des Oberkörpers und der Extremitäten, eine blutige Beule an der Unterlippe, zahlreiche Ecchymosen auf der Schleimhaut der Mundhöhle, des Gaumens, der Gaumenbögen und der hinteren Pharynxwand, zwei erbsgrosse Blutbeulen auf der Zunge und Schwellung der Halsdrüsen. Letztere bestand nach Angabe der Patientin seit vielen Jahren. Die microscopische Untersuchung des Blutes zeigte Leukocytose; das Ergebnis der bacteriologischen Untersuchung des Blutes war ein negatives. Die Blutung nach dem Einstich am Finger war sehr anhaltend und stand erst eine halbe Stunde nach lokaler Anwendung von Adrenalin.

Die Beulen und Flecken nahmen in den folgenden Tagen mit überraschender Schnelligkeit an Zahl und Dimension zu, confluierten bis zu handflächengrossen Sugillationen. Die Zunge war am dritten Tage dick angeschwollen, so dass die Kranke weder sprechen, noch schlucken konnte. Die Patientin spie fortwährend Blut und hatte blutigen Stuhlgang. T° 37,5° bis 38,5°. Die Herztätigkeit sank zusehends. Gegen Abend

des vierten Tages verfiel die Kranke bei fadenförmigem Puls in comatösen Zustand, und in der Nacht darauf trat der Tod ein. Die Section zeigte Blutaustritte in den Lungen, zahlreiche Ecchymosen der Schleimhaut des Larynx, der Speiseröhre, des Magens und des Darmes; auch sämmtliche seröse Häute waren mit Extravasaten dicht besät. Chronische Nephritis der rechten Niere, sowie Tuberculose der Mesenterialdrüsen und der Leber wurden microscopisch nachgewiesen.

Was die Aetiologie des Falles betrifft, so ist Verfasser geneigt, die Erkrankung durch eine septische Infection des Organismus auf dem Wege der Tonsillen (Angina kurz vor Ausbruch der Purpura) zu erklären. Das negative Ergebnis der bacteriologischen Blutuntersuchung schliesse das Vorhandensein einer Sepsis nicht aus. Die tuberculösen Veränderungen in den Lymphdrüsen und der Leber dürften nach K.'s Ansicht in den letzten Lebenstagen der Patientin, infolge herabgesetzter Widerstandsfähigkeit der Gewebe, durch Dissemination aus alten, latenten Herden (Halsdrüsen) sich entwickelt haben.

W. Dörbeck.

Professor F. Moritz. Ueber Entfettung durch reine Milchkuren. („Münch. med. W." Nr. 30.)

Verfasser wendet seit einem halben Jahr ausschliesslich Milchkuren zur Entfettung an. Der Kranke erhält je nach Körpergrösse $1^1/_4$ bis $2^1/_2$ Liter Milch täglich in 5 Portionen. Die eine oder andere Portion kann als saure Milch genossen werden. Ausser der Milch mit eventuellem Wasserzusatz (bei Durst) wird nichts gestattet. Die Patienten des Verfassers wurden verschieden lange Zeit (bis $1^1/_2$ Monate) bei diesem Regime gelassen und nahmen alle bedeutend ab (bis zu 21 Kilo).

Die Vorteile dieser Kur sind folgende: Sie ist die einfachste und bequemste, zugleich auch billigste unter den bisher üblichen. Sie ermöglicht dem Arzt, auf leichteste Weise eine quantitative Individualisierung je nach dem zu behandelnden Patienten und stellt an die Anstelligkeit der Patienten in bezug auf Befolgung der Vorschriften die geringsten Anforderungen. Quälender Hunger pflegt bei der Milchkur trotz dem geringen Nahrungsangebot nicht aufzutreten. Durstgefühl fehlt überhaupt. Besonders geeignet ist die Milchkur bei Complikationen von Seiten des Herzens und der Nieren. Herzbeschwerden pflegen bald nachzulassen, erhöhte Pulsspannung wird meist geringer, vermehrte Pulsfrequenz geht häufig zurück. Als Nebenerscheinungen werden beobachtet Stuhlverstopfung, selten Kopfweh und bei zu rascher Abnahme auch Mattigkeit.

Weyert.

A. Krokiewicz. Typhusbacillen und positive Gruber-Widal'sche Reaction im Verlauf von Pyämie. („Przegląd lekarski". Nr. 40. 1908.)

Im Anschluss an die Mitteilungen von Busse in der «Münchener med. Wochenschrift» (Nr. 21. 1908.) über das Vorkommen von Typhusbacillen bei nichttyphösen Kranken bringt K. einen Fall von Pyämie zur Veröffentlichung, in welchem bei Lebzeiten die Untersuchung des Blutes auf Eberth-Gaffky'sche Bacillen und die Gruber-Widal'sche Reaktion bei Verdünnung $^1/_{200}$ positiv ausfielen. Die Section zeigte vereinzelte Eiterherde in der linken Lunge und sehr zahlreiche kleine Abscesse in den Nieren, aber keine Spur von Veränderungen, die die bei Lebzeiten des Patienten gestellte Diagnose «Typhus abdominalis» hätten bestätigen können.

W. Dörbeck.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Heinrich Bayer: Vorlesungen über allgemeine Geburtshilfe. I. Band. Strassburg im Elsass. Schlesier und Schweickhardt. 1903 und 1908.

Die bis jetzt erschienenen drei Hefte der Bearbeitung der «allgemeinen theoretischen Geburtshilfe» umfassen in 20 Vorlesungen: 1) Die Entwickelungsgeschichte des weiblichen Genitalapparates: das Ei und die Bildung der Keimblätter, die Entwickelung der Nierensysteme, Entwickelung der Keimdrüsen und ihrer Ableitungswege, die weitere Umbildung und sexuelle Differenzierung des Genitalapparates in der Foetalperiode, den Geschlechtsapparat des neugeborenen Kindes und die postfoetalen Veränderungen) mit eingehender Berücksichtigung der Ontogenie und Phylogenie mit 12 Lichtdrucktafeln (teils vielfarbig), eigener microscopischer Präparate und 33 Textabbildungen.

2) Das Becken und seine Anomalien mit 12 Lichtdrucktafeln inclusive Roentgenbildern und 54 Textabbildungen (Darlegung der phylogenetischen und ontogenetischen Entwickelung des Beckens, das Becken des Neugeborenen, das ausgewachsene Becken und die postfoetale Umwandlung, die Statik und Dynamik des Beckens und seine trajectorische Structur, die ido- und deuteropathischen Beckenformen).

3) Die Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane (Beckenweichteile, Bauchwand, Bauchfell und Topographie der Beckenorgane, Beckenzellgewebe und seine Einschlüsse, äussere Genitalien und Scheide (pars copulationis), Uterus und Tuben (pars gestationis), die musculöse Architectur der pars gestationis, Ovarien und Ovulation (pars generationis), die Menstruation, die sekundären Geschlechtscharaktere und das Problem der Geschlechtsbestimmung, mit 16 Lichtdrucktafeln und 63 Textabbildungen.

Die folgenden Hefte werden die Physiologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, die Diagnostik und die allgemeine Therapie erörtern. Ein jedes Heft bildet ein in sich abgeschlossenes Ganze. Das Werk Bayer's ist kein Lehrbuch für den Studenten und practischen Geburtshelfer, welches in gedrängter Kürze ganz objectiv die heute als Axiome geltenden Anschauungen, Grundsätze und Lehrsätze quasi apodictisch dem Leser vorführt, es ist überhaupt nicht für den Geburtshelfer geschrieben, welchem unsere Wissenschaft nur als die «tüchtige Kuh gilt, welche ihn mit Butter versorgt.» Das Werk ist vielmehr für den Fachmann geschrieben, der für rein wissenschaftliche Forschung Interesse hat. Das durchweg subjectiv gehaltene Werk bringt auf Schritt und Tritt eigene Gedanken, Reflexionen und Hypothesen des Verfassers. «Wie es aus Forschung, Ueberlegung und Kritik entstanden ist, so übergiebt es der Verfasser der Forschung, Ueberlegung und Kritik». Das Werk soll in erster Linie zum Nachdenken anregen, zur Zustimmung oder auch zum Widerspruch, der nicht selten die besten Früchte zeitigt. Verfasser erklärt in seiner Bescheidenheit, er werde eine Genugtuung darin finden, wenn seinen Hypothesen, wo dieselben widerlegt werden sollten, wenigstens ein heuristischer Wert für den Fortschritt der Wissenschaft zukommen werde! Das Werk Bayer's verrät auf Schritt und Tritt nicht nur seine gleich umfassenden, vielseitigen und gründlichen Kenntnisse, seine encyclopädische naturwissenschaftliche Bildung, sondern auch den genialen Autor, ganz abgesehen von dem enormen auf die Ausarbeitung des Werkes verwandten Fleisse! Die ganze Art und Weise der Schilderung z. B. der Entwickelungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane ist äusserst anregend, lebhaft und farbenreich mit Ausblicken in die benachbarten Gebiete, niemals trocken, schematisch oder ermüdend, wie meist die Lehrbücher der Anatomie und Entwickelungsgeschichte mit Ausnahme des alten Lehrbuches von Hyrtl. Bayer regt mit jedem Satze immer wieder neue Gedanken an. Zieht man die vorzüglichen Zeichnungen und Abbildungen in Betracht, so muss zugegeben werden, dass der Leser sich ohne besondere Anstrengung in dem Werke Bayer's einen reichen Schatz soliden Wissens und neuer Gesichtspunkte aneignen kann. Referent kennt überhaupt in der gesammten geburtshilflichen Fachliteratur kein zweites so anregend und interessant geschriebenes Werk wie das Werk Bayer's und empfiehlt dasselbe allen wissenschaftlichen Fachgenossen auf das Wärmste. Die Ausstattung des Werkes ist ausgezeichnet, namentlich tragen die starken Vergrösserungen der microscopischen Zeichnungen, Bilder und Tafeln sehr zur Erleichterung des Studiums derselben bei. Das Werk Bayer's hat in Deutschland und Oesterreich mit Recht sehr günstige Beurteilungen gefunden, und ganz mit Recht schreibt z. B. Frankl in seiner Recension in der «Wiener Gynäcologischen Rundschau»: «Selten erweckt der Anfang eines Werkes so lebhaftes Interesse, die Fortsetzung kennen zu lernen, wie der erste Band des Bayer'schen Werkes.»

Franz v. Neugebauer (Warschau).

E. Grätzer: Der Praktiker. Ein Nachschlagebuch für die tägliche Praxis. Erste Abteilung. Leipzig, 1907, Verlag von Georg Thieme.

Das Werk bringt in alphabetischer Anordnung unter Schlagworten eine knappe aber ausreichende und klare Behandlung von Themata, welche sich auf plötzliche Erkrankungen, Verletzungen, Intoxicationen, kleine Chirurgie, Verbandlehre, das Wichtigste aus der Unfallheilkunde, alte und neuere Untersuchungsmethoden, diagnostische Winke, die Diätotherapie, die therapeutische Technik, die in den letzten Jahren neu hinzugekommenen Arzneimittel, wissenswerte Gesetzesbestimmungen beziehen. Für den Praktiker in kleinen Städten und auf dem Lande hat Verf. diese seine compendiöse Encyclopädie bestimmt, ihm in erster Linie soll sie den Mangel an schnell zu citierenden Collegen, an ärztlichen Vereinen, an grösseren Bibliotheken bis zu einem gewissen Grade ersetzen, soll ihm in wissenschaftlicher wie rein practischer Hinsicht rasche und zuverlässige Information ermög-

lichen. Die gestellte Aufgabe hat der Verf. dank seinen Erfahrungen in 18-jähriger Landpraxis und seiner reichen Literaturkenntnis aus 17-jähriger Redactionstätigkeit an den «Excerpta medica» in vorzüglichster Weise gelöst. Sein Buch wird vielen practischen Aerzten, nicht nur den vereinsamten, ein guter und unentbehrlicher Ratgeber werden.

M.

Wundinfectionen und Wundbehandlung im Wandel der Zeiten und der Anschauungen. Rede gehalten am Stiftungsfest der Kaiser Wilhelms-Universität in Strassburg am 1. Mai 1908 von dem derzeitigen Rector, Prof. Dr. Hermann Fehling, ord. Professor der Geburtshülfe und Gynäcologie. Strassburg J. H. Ed. Heitz (Heitz & Mündel) 1908.

In seiner allgemein verständlich gehaltenen Rectoratsrede schildert Fehling in interessanter Weise die Entstehung und allmählige Ausbildung der modernen Wundbehandlung. Von Ignaz Semmelweis an werden in grossen Zügen die Verdienste und Erfolge eines jeden der Meister auf diesem Gebiet beleuchtet, und durch statistische Angaben der enorme Umschwung vor Augen geführt. — Fehling tritt energisch dafür ein, dass Frauen aus besseren Ständen den Hebammenberuf ergreifen, und dass die Schranken gebrochen werden, die diesen Beruf umgeben, welcher bis jetzt nicht als «fair» gilt; der Segen für die Mütter wird nicht ausbleiben.

Fr. Mühlen.

Geburtshilfliche Therapie einschliesslich der Operationen für Aerzte und Studierende von Dr. Constantin J. Bucura, emer. Assistenten der Klinik Chrobak in Wien. Mit 44 Abbildungen im Text. Leipzig und Wien. Franz Deutike 1908.

Im vorliegenden Werk hat Verfasser seine Erfahrungen niedergelegt, die er als jahrelanger Assistent an der Klinik von Hofrat Chrobak gesammelt hat. Deshalb wird dasselbe immer seinen Wert behalten, trotz der grossen Anzahl der Lehrbücher auf diesem Gebiet. — Für den praktischen Arzt von Wichtigkeit ist die hier ausführlich behandelte specielle Therapie, die ein Orientieren in anderen Specialwerken unnütz macht. Die Abbildungen sind gelungen und anschaulich, teils vom Verfasser selbst, teils unter seiner Leitung von fachkundiger Hand ausgeführt.

Fr. Mühlen.

Prof. Wilh. Ebstein: Leitfaden der ärztlichen Untersuchung mittels der Inspection, Palpation, der Schall- und Tastpercussion sowie der Auscultation. Mit 22 Abbildungen. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1907. VIII + 325 Seiten.

Das vorliegende Buch enthält laut Angabe des Verfassers eine Zusammenstellung seiner «die ärztliche Untersuchung betreffenden Leitsätze», und in ihm haben die zahlreichen Abhandlungen über klinische Untersuchungsmethoden Aufnahme gefunden, die der auf klinischem wie auf medicinisch-historischem Gebiet gleich rühmlichst bekannte Autor während seiner langjährigen akademischen Tätigkeit in verschiedenen medicinischen Zeitschriften veröffentlicht hat. Aus jeder Zeile des Buches spricht die grosse Erfahrung des Klinikers, und die in demselben enthaltenen «Leitsätze» verdienen es in hohem Masse, von jedem Anfänger in der Diagnostik sowie auch von dem practischen Arzt, der das Buch zur Hand nimmt, um sich in der Methodik der Krankenuntersuchung zu vervollkommnen, beherzigt zu werden. Wie sich Ebstein überhaupt durch Originalität der Auffassung und Auslegung der Krankheitsvorgänge auszeichnet, so kommt auch in diesem Buch diese seine Eigenschaft voll zur Geltung. Da ist nichts Schablonenhaftes, nichts, was an die Darstellung in anderen Lehrbüchern, die dasselbe Fach behandeln, erinnert. Eine besonders eingehende Besprechung widmet Verf. der von ihm als wesentliche Bereicherung der physikalischen Untersuchungsmethoden in die Diagnostik eingeführten Tastpercussion («percutierende Palpation»), die die Ergebnisse der Schallpercussion «controllieren, ergänzen und vervollständigen» soll. Aber auch die anderen Untersuchungsmethoden finden eine gebührende Berücksichtigung, wobei, wie gesagt, Prof. Ebstein überall sich auf die eigene practische Erfahrung stützt und das hervorhebt, was für den practischen Arzt und Kliniker am wichtigsten ist, während die theoretischen Erörterungen sich nur im Rahmen des Allernotwendigsten bewegen und alles Hypothetische ganz in Wegfall kommt. Die geschilderten Vorzüge machen den Ebsteinschen Leitfaden zu einem wertvollen Buch nicht nur für den Studenten der Medicin sondern auch für den «fertigen» Arzt, ja man kann behaupten, dass gerade der erfahrene Arzt und derjenige, der die zahlreichen Lehrbücher der klinischen Untersuchung durchstudiert hat, die Vorzüge des Ebsteinschen Werkes am besten zu schätzen und am höchsten zu bewerten wissen wird.

F. Dörbeck.

Dr. A. Villaret. Die Handgranate. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1908. 50 Seiten.

Seit den Militärärzten die Stellung als Sanitätsoffiziere zuerkannt, ist es selbstverständlich, dass sie sich mehr und mehr auch mit der Technik des Kriegswesens bekannt zu machen haben und es ist als besonders dankenswert zu bezeichnen, dass ein so competenter Forscher, wie der Verf., der wohlbekannt als medicinischer Schriftsteller und in seiner Stellung als Generalarzt und Inspector der 2. Sanitätsinspection in Deutschland, sich der Mühe unterzogen hat, die ärztliche Welt mit der Bedeutung der Handgranate als Waffe und deren Wirkung bekannt zu machen.

In knapper aber klarer und übersichtlicher Form macht er uns mit der Geschichte der Handgranate bekannt, zeigt wie diese Waffe seit 1427 eine nicht geringe Rolle gespielt bis in die neuere Zeit. Noch 1854—55 haben z. B. die Franzosen vor Sewastopol 3200 Handgranaten geworfen, desgleichen auch die Russen. Dann gerät sie in Vergessenheit, indess 1885 Hofmann in seinem Handbuch «Der Kanonier der Fussartillerie» sie überhaupt nicht berücksichtigt.

Erst in neuester Zeit, im Russisch-Japanischen Kriege, beginnt die Handgranate wieder eine Rolle zu spielen, namentlich vor Port-Arthur, und es liegen verschiedene Beschreibungen über ihre fürchterliche Wirkung vor. In erster Linie ist ihre psychische Wirkung auf die Stürmenden eine sehr bedeutende. Durch sie wird selbst die tapferste Brust mit Schrecken und Entsetzen erfüllt (Nörregard). Die gesetzten Wunden sollen entsetzlich sein.

Ueber die Häufigkeit der Handgranaten-Verwundeten geben Schäfer und v. d. Osten-Sacken genauere Daten, und betrug sie 0,2—0,4 pro 100 Verwundete (gegen 84 pCt. Gewehr-, 15 pCt. Geschütz- und 0,7 Bajonettverwundete). Die Meisten werden aber wohl durch die Handgranate sofort getötet.

Zum Schluss ventiliert Verf. die Frage der Zulässigkeit der Handgranate und beantwortet sie im positiven Sinn, denn Moltke sagt: «dass die grösste Wohltat im Kriege die schnelle Beendigung des Krieges ist, und zur Erreichung dieses Zweckes müssen alle nicht geradezu verwerflichen Mittel freistehen».

Wir können allen Collegen dieses lehrreiche Büchlein nur aufs Beste empfehlen.

Petersen.

Protocolle des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1363. Sitzung am 10. März 1908.

I. Vor der Tagesordnung demonstriert Blessig 2 Patienten.

1) Mann mit hochgradigem Exophthalmus des linken Auges. Der Bulbus ist bis zum Augentor vorgedrängt, die Lidspalte kann über ihm nicht geschlossen werden. Diagnose: Tumor in Orbita, wahrscheinlich vom Sehnerv ausgehend. Für letzteres sprachen: die Protrusion direct nach vorn, mit nur geringer Verlagerung des Bulbus nach unten, die relativ freie Beweglichkeit des letzteren und die vollständige Amaurose. Wegen Trübung der Hornhaut (Keratitis e lagophthalmo) ist der Augenhintergrund nur sehr undeutlich sichtbar, sodass über das Aussehen des intraocularen Sehnervenendes nichts gesagt werden kann. — Dr. Heuking, der in der Augenheilanstalt schon mehrmals die Krönleinsche Orbitalresection, resp. die modificierte Operation nach Golowin, ohne Resection der Orbitalwand, ausgeführt, hat auch im vorliegenden Fall die Operation freundlichst übernommen. Vielleicht wird es auch hier gelingen, das allerdings erblindete Auge zu erhalten.

2) Mädchen mit hochgradigem Ektropium beider Lider und Lagophthalmus des linken Auges infolge von Narben der Stirn- und Schläfengegend, nach ausgeheilter Hauttuberculose (Tuberculosis cutanea ulcerosa, vorher im Kalinkinhospital von Prof. Petersen behandelt). Die Conjunctiva ist wulstig vorgewälzt, der äussere Augenwinkel durch den Narbenzug excessiv ausgedehnt. Die Lidspalte kann nicht geschlossen werden, das Auge selbst normal, Hornhaut durch den Lagophthalmus nicht geschädigt. Die Operation wird zunächst die Aufgabe haben, durch einen um den äusseren Lidwinkel geführten intermarginalen Schnitt die Conjunctiva zu befreien, dann die Lider zusammenzubringen und die ausgedehnte Lidspalte zu verkleinern.

Nach der Operationen sollen beide Kranken wieder demonstriert werden.

(Autoreferat.)

Discussion.

Germann erwähnt den von ihm operierten Fall von Sehnerventumor, der in Zehender's klinischen Monatsheften für Augenheilkunde, 1899, veröffentlicht ist. Er enucleierte den Tumor sammt dem Bulbus, wie dies vor Krönlein üblich war. Da diese Tumoren von einer straffen Hülle umgeben sind, so sind sie an der Verbreitung in die Orbita gehindert, können aber ins Gehirn sich fortsetzen.

Henking: Die histologische Structur dieser Tumoren ist die eines kleinzelligen Sarkoms, welches keine localen Recidive giebt, während sich die Wucherungen wohl ins Gehirn fortsetzen können. Die Genese der Tumoren ist noch unklar, vielleicht sind sie eher als Elephantiasis des Sehnerven aufzufassen. Den zuerst demonstrierten Fall hält er für sehr geeignet zu einer Operation, wo selbst trotz der Affection der Cornea noch Hoffnung auf Erhaltung des Bulbus ist.

Blessig demonstriert das Präparat des von Germann entfernten Tumors.

II. Fick hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Erkrankungen des Meckelschen Divertikels».

Discussion:

Henking: Auch in falschen Divertikeln kommen Zustände vor, welche völlig den Vorgängen im Meckelschen entsprechen. So hat Payer einen Fall von Entzündung und Gangrän in einem secundären Divertikel beschrieben.

Westphalen: Die falschen Divertikel sind andere Gebilde als das Meckelsche, sie sitzen am Colon und sind multipel, entstehen durch Vorstülpungen der Schleimhaut durch Lücken der Muscularis hindurch, während die wahren Divertikel alle 3 Wandschichten besitzen; sie machen grosse Beschwerden, enthalten grosse Massen von polierten Kothballen.

Henking: Ausser dem Meckelschen Divertikel sind an anderen Stellen des Dünndarmes 2—3 andere als überzählige Appendices in der älteren Literatur beschrieben worden. Analoge finden sich bei Tieren mit vielfachen Appendices, so besitzen die Fische am Magen solche.

Petersen: Aus seiner Prosektorentätigkeit ist ihm ein Befund von 7.—9. processus vermiformes am Coecum erinnerlich. Wiederholt hat er ausser dem Meckelschen Divertikel 3—4 andere am Dünndarm gesehen, doch waren diese nicht so lang wie das Meckelsche, breiter, mit kolbigem abgerundeten Ende, imponierten als Ausbuchtungen des Darmes. In 2,5 pCt. der Sectionen wurde das Meckelsche Divertikel gefunden von schwankender Grösse, 1—2 cm. bis zu 12 cm. Länge.

Fick: Ueber Divertikel am Dünndarm ist ihm nichts bekannt. Divertikel am Dickdarm werden in der Literatur als Ursache für die Sigmoiditis angeführt. Die Existenz der falschen Divertikel wird von einigen Autoren angezweifelt; sie werden als echte Meckelsche nur mit atypischem Sitze hingestellt.

III. Ucke demonstriert das Albuminometer von Georg Buchner. Der Apparat ist mit Unrecht in Vergessenheit geraten, da er grosse Vorzüge besitzt. Er ist einfach, bequem und erlaubt schon nach 1 Stunde die genaue procentische Bestimmung des Albumen. Der filtrierte Harn wird gekocht, mit 2—3 Tropfen 30 pCt. Salpetersäure angesäuert, mit gesättigter Kochsalzlösung in bestimmter Proportion gemischt und im graduierten Gläschen aufgestellt. Gewichtsanalytische Controlbestimmungen des Magisters Thal haben die Genauigkeit des Apparates bewiesen. Der Preis beträgt 18 Mark.— Im Gegensatz zu diesem ist der Essbachsche Apparat nicht ganz zuverlässig, namentlich ergiebt er bei Verdünnung des untersuchten Harnes absolut falsche Resultate.

stellvertr. Director: E. Masing.
Secretär: E. Michelson.

Auszug aus den Protocollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 8. Febr. 1908.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

1) Herr Anderson hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Behandlung der «Retroversio uteri». (Soll in extenso erscheinen.)

In der Discussion betont Meyer die Compliciertheit der ganzen Frage. Die Retroversio ist die Cadaverstellung des Organes, ebenso finden wir diese Lage als normale einerseits im Kindes- andrerseits im Greisenalter. Es mag dieses seinen Grund in der ungenügenden Leistungsfähigkeit des Bandapparates während dieser Altersstufen haben. Die Ansicht von Salin, Wendeler, Theilhaber und vieler anderer, dass die Retroversio nicht behandelt zu werden brauche, ist für viele Fälle zutreffend. Wichtig ist die Behandlung der mit Pelveoperitonitis complicierten Retroversio; die Pelveoperitonitis ist am stärksten entwickelt meist hinter dem Uterus, selten vor demselben. Wird die Gebärmutter nach Lösung von eventuellen Adhäsionen nach vorn gelagert, so heilt die Pelveoperitonitis leichter aus, denn die Normallagerung ermöglicht unbehindert die gymnastische Einwirkung der Bewegung des Darmes etc. auf die peritonitischen Schwielen. Auch die Anschauung Küstners u. a., dass die venöse Stauung eine Folge der Rücklagerung der Gebärmutter ist, kann vielfach durch Befunde an Patientinnen bestätigt werden. M. führt Fälle an, in denen durch Palpation festgestellt werden konnte, dass in kurzer Zeit — z. B. 24 Stunden nach Einleitung einer Pessarbehandlung — vorher stark geschwellte uteri sich deutlich verkleinerten. M. steht auf dem Standpunkte des weiland Prof. v. Holst, dass eine im Wochenbett entstehende Retroversio durchaus behandelt werden muss und zwar durch Pessare.

M. hebt noch Küstners Theorie hervor, nach welcher die Retroversio das erste Stadium eines beginnenden Prolapses bedeutet. Der Entwicklung des letzteren vorzubeugen, hält M. für die wesentlichste Indication zur Behandlung und zwar zur operativen Behandlung. M. findet, dass die Ventrifixation durchaus pathologische Verhältnisse schafft. Hier wird der Uterus an der vorderen Bauchwand aufgehängt, wodurch die Senkung der vorderen Vaginalwand nicht aufgehoben wird. Die Schautasche Operation kann nur nach eingetretener Climax gemacht werden. Die Kreutzmannsche Operation hat sehr grosse Vorzüge; die Ligamenta recto-uterina müssen hier genau geprüft werden, wenn sie nicht normal sind, so hat man sie eventuell zu durchtrennen.

Was die Dauererfolge anlangt, so ist deren Beurteilung hier zu Lande besonders schwierig, es kommt doch immer auf subjective Schätzung heraus.

Kramer fragt über die Lageverhältnisse des uterus im fötalen Leben, meist werde angegeben, dass derselbe antevertiert ist.

Meyer: Im fötalen Leben ist die Beurteilung der Lage schwieriger, das Promontorium springt noch nicht vor, das Becken hat kaum eine Neigung aufzuweisen, ausserdem besteht ein ganz anderes Grössenverhältnis zwischen Cervix und Corpus; letzteres ist sehr flexibel und findet sich oft in Rückwärtslagerung.

Anderson: Schlusswort.

2. Herr Meyer demonstriert:

1) Ein Ovarialkystom, auf dessen Oberfläche ein echtes Corpus luteum liegt. Vortragender referiert hierbei die Fränkelschen Experimente über den Einfluss der Zerstörung der corpora lutea auf den Ablauf der Schwangerschaft bei Kaninchen und berichtet über Beobachtungen bei Ovariotomien intra Graviditatem. Der Vortragende hat selbst in drei Fällen von bestehender Schwangerschaft Ovarialtumoren operiert. Im ersten Falle, betreffend ein Cystoma permagnum, trat einige Zeit nach der Operation Abort ein, im zweiten ging die Schwangerschaft ungestört weiter bis zur normalen Geburt. Das heute demonstrierte Object wurde vor zwei Wochen gewonnen von einer 12 Wochen bestehenden Schwangerschaft. Ueber den weiteren Verlauf wird berichtet werden.

2) Eine Dermoidcyste, die unlängst durch Operation entfernt wurde. Vortragender macht hierbei darauf aufmerksam, dass es nicht selten gelingt, die Diagnose auf Dermoid bereits vor der Operation vermutungsweise zu stellen. An ein solches ist immer zu denken, wenn sich die Geschwulst, bei noch nicht starker Entwicklung, vor dem Uterus palpieren lässt.

3) Einen Ovarialtumor mit einer grossen, weit geöffneten, geplatzten Cyste, deren Wandungen unter Faltenbildung sich retrahiert haben; die Falten sind durch Bindegewebswucherungen fixiert, woraus M. schliesst, dass das Platzen der Cyste schon längere Zeit vor der Operation erfolgt sein muss. Bei der Operation fand man das ganze Peritoneum stark vascularisiert und die ganze Bauchhöhle mit Pseudomyxommassen angefüllt, die in besonderer Mächtigkeit aus jener geplatzten Cyste hervorragten. In einem früher operierten Falle bot die geborstene Cyste ein Bild, das zutreffend mit einem Füllhorn verglichen werden konnte. Der Vortragende bespricht an der Hand dieses Falles die Anschauungen von Werth, Netzel und Ohlshausen, welch letzterer das Pseudomyxom des Peritoneums auffasst als Metastasenbildung auf dem Bauchfell. Der Vortragende neigt mehr zur Ansicht von Werth, welcher annimmt, dass das Pseudomyxom des Peritoneums vom Inhalt geplatzter Cysten herstammt und durch seinen Reiz auf das Peritoneum dieses zur Blutgefässneubildung anregt, welche die Weiterwucherung der myxomatösen Massen unterstützt. Netzels Auffassung, dass diese Tumeren des Ovariums myxomatöser

Natur sind und das Peritoneum zu gleichartiger Degeneration anregen, kann Vortragender nicht teilen. M. streift noch die Diagnose dieser Affection und macht auf die Unterschiede derselben gegenüber dem Ascites aufmerksam.

In der Discussion referiert Russow über einen Fall von Pseudomyxom, den er vor Jahren in der Küstnerschen Klinik gesehen.

Kramer fragt, ob die Farbe des Pseudomyxoms stets eine intensiv gelbe wäre.

Meyer betont, dass der Küstnersche Fall von Ausbreitung des Cysteninhaltes auch gewöhnliches Mucin gewesen sein kann, da Russow keine Angaben über die chemische Reaction des Cysteninhalts machen kann.

Was die Farbe anlangt, so scheint in der Tat das Pseudomyxom des Peritoneums meist bernsteingelb zu sein, während der Inhalt der mehrkammerigen Pseudomucincysten alle möglichen Farbennüancen aufweisen kann.

Sitzung vom 22. Februar 1908.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

1) Herr Bresowsky hält seinen angekündigten Vortrag: Function des Centralnervensystems nach dem heutigen Stande des Wissens. (Klinischer Vortrag).

An der Discussion beteiligen sich die Herren Riemschneider, Meyer, Bresowsky.

2) Herr Hollmann demonstriert einen compendiös gebauten und billigen Apparat zur Herrichtung eines Schwitzbettes. (Erscheint als ausführlichere Mitteilung.)

An der Discussion beteiligen sich die Herren: Masing, Terrepson, Anderson, Meyer und Hollmann.

Sitzung vom 28. März 1908.

Anwesend 17 Mitglieder und 1 Gast.

Stellvertretender Vorsitzender: Kieseritzky. Schriftführer: Russow.

1) Herr Rothberg hält seinen angekündigten Vortrag: «Nährschäden des Säuglings». (Der Vortrag wird in extenso anderweitig erscheinen.)

Discussion.

Kieseritzky: Der Vortragende äusserte, dass bei uns zu Lande die Verhältnisse, was das Selbststillen der Mütter anlangt, günstiger wären, als an anderen Orten; dem gegenüber möchte ich betonen, dass ich gerade einen gegenteiligen Eindruck gewonnen habe, es ist erschreckend, wie viele Kinder künstlich ernährt werden, und gerade bei den niederen Ständen ist das jetzt zu beobachten. Ausserdem wird die künstliche Ernährung häufig sehr irrationell betrieben, Kaffee von zweifelhafter Provenienz, Abkochungen von Cacaoschalen etc. werden oft in unsinnigen Mengen kleinen Kindern gegeben mit Zusatz von Milch, welche aus unsauberen Kellerbuden oder von herumfahrenden, unsauberen Milchhändlern bezogen wird.

Ferner möchte ich betonen, dass dem artfremden Eiweiss bei der Kuhmilchernährung eine grössere Bedeutung beizumessen ist, wie z. B. auch Schlossman nachweist, denn die artfremde Milch kann geradezu als Toxin wirken (trotz guter Beschaffenheit), auch bei Tieren hat man das experimentell nachgewiesen. Besonders unterstreichen möchte ich, was der Vortragende über die Pausen zwischen den Mahlzeiten sagte, z. B. sind die vielfach üblichen Pausen von 2 Stunden viel zu kurz. Nach 2 Stunden ist die Verdauung gerade in vollem Gange; $3^1/_2$ bis allenfalls 3 Stunden ist das Minimum. Kohlehydrate dürfen, wie der Vortragende schon hervorhob, nicht zu früh gegeben werden, z. B. nie vor Ablauf von 3 Monaten. Was die Provenienz der Kuhmilch anlangt, die vom Vortragenden gar nicht erwähnt worden ist, so muss für Dorpat leider nachgesagt werden, dass dieselbe sehr schlecht ist; hier müsste mit gemeinsamen Kräften vorgegangen werden. Interessant sind die hier am Ort von Prof. Happich vorgenommenen Untersuchungen. Die anfänglichen Versuche mit Rasieren der Bauchhaut der Kühe, Aufbinden der Schwänze, chirurgischer Reinigung des Euters und natürlich auch der Hände der Melkenden, bewirkten wohl eine wesentliche Verminderung der Keimzahl in der Milch, doch blieb sie noch immer ziemlich hoch. Erst Versuche mit doppelten Hosen, die den Kühen angelegt wurden, führten zu deutlichen Resultaten und zwar gelang es so, eine Milch zu gewinnen, welche im cbmm. nur 200—160 Keime enthielt — also eine fast keimfreie Milch.

Rothberg: Wenn ich sagte, dass bei uns natürliche Ernährung relativ noch häufig ist, so schwebten mir als Vergleich die schlimmen Verhältnisse in Deutschland vor, wo in den grösseren Städten laut Statistik 40 pCt. und stellenweise gar nur 30 pCt. der Kinder natürlich ernährt werden. Auch in Russland, namentlich in den Hauptstädten und Fabrikcentren steht es sehr schlimm. In Deutschland trägt unter anderem gewiss die sehr verbreitete Reclame der künstlichen Nährmittel einen grossen Teil der Schuld (Backhausmilch!); dagegen muss durchaus Front gemacht werden.

Ueber die Provenienz der Kuhmilch habe ich absichtlich nicht gesprochen, weil ich heute auf die allgemeinen Ernährungsstörungen der Kinder, namentlich solche auf infectiöser Basis, nicht eingehen wollte. Im Gegensatz zu diesen letzteren habe ich, wie gesagt, den Milchnährschaden in reiner Form bei uns selten gesehen.

Was die artfremde Milch anlangt, so habe ich diese Frage nur flüchtig gestreift, ich gebe zu, dass ihr vielleicht eine gewisse Bedeutung zukommt, sichergestellt ist es aber nicht.

Gegen die Anschauung Biederts und seiner Anhänger, dass das Eiweiss der Milch die causa peccans ist, muss aber entschieden aufgetreten werden, weil die exacten Stoffwechseluntersuchungen und Fäcesanalysen uns eines Besseren belehren. Dass die Muttermilchstoffe im allgemeinen besser ausgenutzt werden, braucht als selbstverständlich nicht besonders erwähnt zu werden.

Masing fragt, ob nicht ein Widerspruch darin liegt, dass man das vom Vortragenden geschilderte Krankheitsbild eine Acidose nennt, während der Stuhl bei diesen Zuständen doch alkalisch reagiert; ferner möchte M. sich die Frage erlauben, ob experimentelle Untersuchungen über Zuführung von immunisierenden Stoffen durch die Milch vorliegen?

Rothberg: Experimentelle, systematische Untersuchungen liegen meines Wissens nicht vor, aber die klinische Beobachtung lehrt, dass Brustkinder z. B. einen Schnupfen oder andere Infectionen besser überstehen und überhaupt widerstandsfähiger sind als künstlich genährte. Bezüglich der Acidose möchte ich bemerken, dass Czerny und Keller anfänglich annahmen, dass die im Darm entstehenden Fettsäuren den Organismus überschwemmten und direct toxisch wirkten. Diese Anschauung erwies sich als nicht haltbar. Nach den Untersuchungen von Steinitz kommt es aber durch die im Darm entstehenden Fettsäuren zu einer verstärkten Alcaliausscheidung in den Darm und Bindung derselben. Ueberschreitet die Alcaliausscheidung eine gewisse Grenze, so tritt Alcaliverarmung des Organismus ein. Derselbe ist nun nicht mehr im Stande, die im intermediären Stoffwechsel entstehenden Säuren zu binden, und diese letzteren können dann toxisch wirken. Steinitz bezeichnet das als relative Acidose. Die Fettsäuren erscheinen im Stuhl also bereits gebunden, daher reagiert der Stuhl nicht sauer. Ein solcher Stuhl zeigt durch den Geruch meist starke Fäulnis an, durch Zufuhr von Kohlehydraten und Entziehung von Fett begünstigt man die Entwicklung von Gährungsbacterien, welche hemmend auf die Fäulniskeime einwirken.

Hartge: Ueber Ernährungsschäden bei künstlicher Nahrung sind in den letzten Jahren sehr viele Arbeiten erschienen. H. hat aber bei der Mehrzahl derselben die Angabe vermisst, wie hierbei die Sterilisation bewirkt wurde. Die Ernährungsstörungen durch zu starke Sterilisation sind auch erst in den letzten Jahren bekannt geworden. Vor der Soxhletära kannte man eine Reihe von Schäden überhaupt nicht; H. hat z. B. in seiner Praxis vor Einführung des soxhletschen Kochapparats nie Barlowsche Krankheit gesehen.

Rothberg: Von vielen Autoren wird wohl darauf hingewiesen, aber ein sicherer Beweis fehlt noch. Die Barlowsche Krankheit ist selten; dass dieselbe jetzt mehr gesehen wird, kann vielleicht darauf zurückzuführen sein, dass früher doch mehr in natürlicher Weise genährt wurde.

Hartge: Die Barlowsche Krankheit trat zuerst in grossen Hospitälern auf, wo gerade sehr gründlich sterilisiert wurde.

Kieseritzky: Der Vortragende hat wiederholt betont, dass Milchnährschäden in reiner Form — im Gegensatz zu solchen, die durch Zersetzungsvorgänge bedingt sind,—bei uns zu Lande selten vorkommen, aber die Tatsache bleibt bestehen, dass die Kinderernährung bei uns sehr im Argen liegt, deshalb kann ich nur dringend darauf hinweisen, wie notwendig es ist, auch bei uns zu Lande einwandfreie Kindermilchabgabestellen ins Leben zu rufen. Diese können dann (ähnlich wie in Frankreich und neuerdings in Deutschland) allmählich mit Unterweisungsstellen für Mütter verbunden werden, wo die Kinder in bestimmten Intervallen auf ihre Entwicklung von Aerzten controlliert werden. Selbstverständlich gehören hierzu noch viele Vorarbeiten, auch Sammlung von statistischen Daten über Sterblichkeit etc. sind erforderlich. Hartge gegenüber möchte K. erwähnen, dass der Soxhletapparat wohl so ziemlich überall abgeschafft worden ist, aber wenn auch nicht mehr sterilisiert wird, so bleibt doch das Pasteurisieren. Dieses ist ja notwendig und sollte durchaus geschehen, man muss aber im Auge behalten, dass nur die Gährungsbacterien dadurch getötet werden, die Fäulnisbac-

terien nicht, aber gerade deren Anwesenheit ist nicht so leicht — namentlich für einen Laien — auffällig, denn Geruch, Geschmack und Aussehen der Milch sind nicht merklich verändert, aber Magenstörungen des Kindes sind die Folge davon. Pasteurisieren im Hause ist gut und notwendig, aber der öffentliche Verkauf und Abgabe von pasteurisierter Milch verdeckt nur die doch vorhandene Schweinerei.

Zum Schluss möchte K. noch bemerken, dass auch die mechanische Verschiedenheit in der Gerinnung der Kuhmilch und Frauenmilch nicht gleichgültig sein dürfte, denn a priori kann man annehmen, dass feine Flocken leichter vom Magensaft angegriffen werden als grobe.

Russow: Nach den neuen, von Pawlow inaugurierten Untersuchungen an Tieren mit verschiedenartigen Fisteln am Magen und Darm, scheint es doch, als ob feine Verteilung, namentlich der Eiweissnahrung für die Verdauung im Magen nicht immer das Zweckmässigste ist. Z. B. fand Cohnheim an Hunden mit besonders angelegter Duodenalfistel, dass Fleisch, welches in Form grösserer Würfel in den Magen eingeführt wurde, weit vollständiger verdaut nach dem Darm abgeführt wurde, als feingehacktes, zerriebenes und in Wasser suspendiertes Fleisch. Letzteres mutet der Darmverdauung bedeutend mehr zu als das in gröberen Würfeln dargereichte. Die neueren Untersuchungen über die Trennung der festen und flüssigen Bestandteile des Mageninhaltes machen es auch wahrscheinlich, dass klumpige Zusammenballung von Eiweissstoffen ein nützlicher Vorgang ist. Wie weit solches Zusammenballen mit der feinflockig gerinnenden Frauenmilch geschieht, ist nicht bekannt, unmöglich ist es aber nicht, dass bei normaler Säuglingsverdauung auch ähnliche Vorgänge stattfinden.

Rothberg: Die Verdauungsversuche mit feinflockiger resp. klumpig geronnener Milch sind im Reagenzglase gemacht worden, es ist sehr möglich, dass im Magen der Verdauungsvorgang, ähnlich wie Russow schon hervorhob, anders sich abspielt.

Protocolle des ersten Aerztetages
der
Kurländischen Aerztegesellschaft in Mitau vom 10—12. Mai 1908.

I. geschäftliche Sitzung.

Sonnabend, den 10. Mai, 10 Uhr Vormittags.

1. Der Vorsitzende, H. Hildebrand, eröffnet die I. geschäftliche Sitzung mit folgender Rede:

«Meine Herren Collegen aus Kurland!

Allem zuvor lassen Sie mich meiner Freude über das Zustandekommen des 1. Kurländischen Aerztetages Ausdruck geben und Sie als Mitglieder der Kurländischen Aerztegesellschaft von Herzen willkommen heissen!

Wenn ich Ihnen die Entwickelung unseres Aerztetages in aller Kürze skizzieren darf, so hätte ich etwa Folgendes zu sagen:

Auf dem letzten livl. Aerztetag zu Dorpat im August des Jahres 1907 gelangte die Frage nach der Erweiterung des livländischen zu einem allgemeinen baltischen Aerztetage zur Verhandlung. Da indessen die Collegen aus Livland und ebenso aus Estland erklärten, auf die ihnen zum Bedürfnis gewordenen eigenen provinzialen Aerztetage nicht verzichten zu wollen und zu können, nahm man von der Erweiterung des livländischen Aertetages zu einem allgemeinen baltischen Abstand und nahm in Aussicht, an Stelle dessen einen baltischen Aerztecongress ins Leben zu rufen, der etwa alle drei Jahre in einer der drei Gouvernementsstädte zusammentreten sollte.

Durch diesen Beschluss war die Frage der Begründung eines eigenen Aerztetages für Kurland zu einer acuten geworden. Es musste ungesäumt an die Verwirklichung dieser Idee, die vielen von uns ja schon lange vorgeschwebt hatte, geschritten werden.

Auf einer Sitzung am 3. September 1907 wurde in unserem Mitauer ärztlichen Verein die Frage nach dem Bedürfnis eines kurländischen Aerztetages mit überwältigender Majorität bejaht. Es wurde eine aus den fünf Herren, Grot, Hachfeld, Stieda, Tantzscher und Unverhau bestehende Commission niedergesetzt und mit der Ausarbeitung der Statuten für die zu begründende Gesellschaft betraut. Am 13. September wurde dieser Statutenentwurf, der sich im Grossen und Ganzen an die Statuten der in Livland und Estland bestehenden Aerztegesellschaften anlehnt, mit einigen Abänderungen von unserem Mitauer ärztlichen Verein angenommen. Die Commission wurde beauftragt, sich mit den anderen, in Kurland bestehenden ärztlichen Vereinen in Relation zu setzen und diese zum Besuche einer constituierenden Versammlung in Mitau aufzufordern.

Diese, von 30 Herrn besuchte constituierende Versammlung trat am 25. October 1907 in Mitau zusammen. Es wurde einstimmig die Gründung einer kurländischen Aerztegesellschaft beschlossen. In den provisorischen Vorstand wurden folgende Herren gewählt: Zum Vorsitzenden Dr. v. Sacken — Mitau, zum stellvertr. Vorsitzenden Dr. Zoepffel — Libau, zum I. Schriftführer Dr. Tantzscher — Mitau, zum II. Schriftführer Dr. Ischreyt — Libau, zum Cassaführer Dr. Spehlmann — Mitau.

Als Ort für die Abhaltung des I. Aerztetages wurde Mitau in Aussicht genommen, als Zeit Mitte Mai 1908.

Dem Vorstand wurde zur Pflicht gemacht, für die Registrierung der Satzungen durch die Gouvernementsbehörde für Vereinsangelegenheiten Sorge zu tragen. Die Registrierung erfolgte noch vor Ablauf des Jahres 1907.

Zu unser aller Bedauern sah sich Dr. v. Sacken genötigt, das Präsidium niederzulegen. Durch Kooptation wählten die vier nachgebliebenen Vorstandsglieder, nachdem Dr. Zoepffel — Libau die Wahl abgelehnt hatte, mich zum Vorsitzenden.

Ausser den Herren, die an der constituierenden Versammlung vom 25. October teilnahmen und dadurch eo ipso als Mitglieder anzusehen waren, sind noch weitere Collegen Mitglieder unserer Gesellschaft geworden. Ich lasse hier das Verzeichnis der Mitglieder folgen: (Verlesung der Namen der Mitglieder).

In meiner Eigenschaft als derzeitiger Vorsitzender der kurländischen Aerztegesellschaft erkläre ich den ersten kurländischen Aerztetag nunmehr für eröffnet und bitte Sie, meine Herren, an der Hand des vom Vorstande entworfenen Programms in die Verhandlungen eintreten zu wollen».

2. Es wird der provisorische Vorstand per Acclamation definitiv für den diesjährigen Aerztetag gewählt.

3. Es werden 5 Rbl. als Mitgliedsbeitrag festgesetzt.

4. In Sachen des baltischen Aerztetages verliest der Vorsitzende folgendes Schriftstück:

Protocoll der II. Delegiertenversammlung in Sachen der Gründung eines Baltischen Aerztecongresses.

Riga, den 23. März 1908.

I. An der Versammlung nehmen teil:
als Vertreter des livländischen Aerztevereins: Dr. v. Bergmann, Dr. v. Knorre, Dr. Keilmann, Dr. v. Holst;
als Vertreter des estländischen Aerztevereins: Dr. v. Wistinghausen, Dr. Weiss, Dr. Thomson;
als Vertreter des kurländischen Mitauer und Libauer Aerztevereins: Dr. Hildebrandt, Dr. Sadikow, Dr. Otto, Dr. Zoepffel.

II. Es wird beschlossen, einen Verein unter dem Namen «Gesellschaft Baltischer Aerzte» zu gründen.

III. Der Zweck dieses Vereins soll in der Abhaltung von Aerztekongressen bestehen, auf denen durch Referate, Vorträge und Demonstrationen wissenschaftliches Leben gepflegt und vertieft werden soll. An zweiter Stelle käme die Behandlung der Standesfragen in Betracht, die für die Aerzte Est- Liv- und Kurlands von gleicher Bedeutung sind.

IV. Politische Fragen dürfen unter keinen Umständen zur Verhandlung gelangen.

V. Der Baltische Aerztekongress soll alle drei Jahre und zwar in Riga, Reval, Mitau oder Dorpat stattfinden, seine jedesmalige Dauer drei bis vier Tage betragen.

VI. Mitglied der «Gesellschaft Baltischer Aerzte» kann jeder Arzt werden, der eine Universität absolviert hat und sich beim Vorstande zum Eintritt meldet, sowie den jedesmal neu zu fixierenden Mitgliedsbeitrag entrichtet.
Gäste können durch den Vorstand eingeführt werden, erhalten aber kein Stimmrecht. Der Verein hat das Recht, Ehrenmitglieder zu ernennen, die von den Beitragszahlungen befreit sind.

VII. Die Mitgliedschaft erlischt mit Ausbleiben der Beitragszahlung zum festgesetzten Termin, ferner infolge einer diesbezüglichen Erklärung des betreffenden Mitgliedes oder durch Ausschluss, wozu zwei Drittel Stimmen der in der Versammlung anwesenden Mitglieder erforderlich sind.

VIII. Die Höhe des Mitgliedsbeitrages wird vom Aerzteverein zur Zeit des Congresses für das nächste Triennium bestimmt.

IX. Der Präses und der Cassaführer des Vereins werden zum Schluss eines jeden Congresses aus der Stadt gewählt, in der der nächste Congress stattfinden soll. Die beiden anderen Provinzen werden durch je einen

Vicepräses vertreten, der zu Beginn des Congresses gewählt wird. Je zwei Secretäre werden aus jeder der drei Provinzen ernannt.

X. Der Sitz der Verwaltung der «Gesellschaft Baltischer Aerzte» befindet sich im Verlauf von drei Jahren an dem Ort, wo der nächste Congress stattfinden soll. Von der jedesmaligen Ueberführung ist die betreffende Gouvernementsvertretung in Kenntnis zu setzen.

XI. Der Congress wird durch Publication in den Tagesblättern und der «Petersburger Medicinischen Wochenschrift» einberufen.

XII. Die «Gesellschaft Baltischer Aerzte» geniesst alle Rechte, welche in den §§ 20 und 28 der temporären Bestimmungen über Vereine und Verbände vom 4. März 1906 aufgezählt sind.

XIII. Die «Gesellschaft Baltischer Aerzte» kann Verfügungen treffen, die für ihre Mitglieder und ihren Vorstand verbindlich sind.

XIV. Im Falle der Auflösung des Vereins wird auf der letzten geschäftlichen Sitzung über den Verbleib seines Vermögens beschlossen.

XV. Die Gründer müssen namentlich genannt und ihre Unterschriften notariell bestätigt werden.

p. v. c.
Dr. W. v. Holst
als Secretär der Versammlung.

Die Versammlung spricht die Hoffnung aus, das es bald zur Gründung des Baltischen Aerztecongresses kommen möge und wählt zu ihren Vertretern (nach § 9) als Vicepräses: Dr. H. Hildebrand, Mitau, und als Schriftführer: J. Sadikow, Talsen und O. Brehm-Libau.

5) Es wird als Ort des II. kurländischen Aerztetages Libau gewählt. Da im nächsten Jahr aller Wahrscheinlichkeit nach zum ersten Mal der baltische Aerztecongress tagen wird, so wird als Zeit der Mai 1910 festgesetzt.

6. Für den II. kurländischen Aerztetag wird folgender Vorstand gewählt: V. Zoepffel — Vorsitzender, J. Sadikow — Talsen — stellv. Vorsitzender, Falk-Libau — I. Schriftführer, K. Tantzscher-Mitau — II. Schriftführer, Stender-Libau Cassaführer.

7. Es wird dem Vorstand überlassen, Referate und Referenten für den nächsten Aerztetag zu bestimmen. Es wird deshalb gebeten, sich mit etwaigen Wünschen an den Vorstand zu wenden.

II. allgemeine Sitzung.

$11^1/_2$ Uhr Vormittags.

1. Der Vorsitzende eröffnet die allgemeine Sitzung mit folgender Begrüssungsrede.

Meine Herren!

Schon seit vielen Jahren regte sich auch in unserer Mitte der Wunsch, einen eigenen kurländischen Aerztetag zu besitzen. Immer wieder stiegen aber Zweifel und Bedenken in uns auf, ob wir in der Lage sein würden, einen eigenen Aerztetag auch nur mit einiger Aussicht auf Erfolg zu begründen. Es wurde darauf hingewiesen, dass es bei uns Mangel an geeignetem Material, wie es nur grosse Krankenhäuser zu liefern vermögen, und Mangel an zahlreichen Specialärzten gäbe. Für uns in Kurland kommen in dieser Hinsicht eigentlich nur die beiden grösseren Städte, Libau und Mitau, in Betracht.

Ein Vergleich mit den Verhältnissen in Livland freilich konnte nur zu unseren Ungunsten ausfallen. In Riga besitzen sie vor allem grosse und mustergültige Krankenhäuser, in Dorpat die Universitätskliniken.

Mit einem gewissen Gefühl des Neides schauten wir nach Livland hinüber und sahen zu unserem Erstaunen, zu welch stattlichem, achtunggebietendem Bau sich die livländische Aerztegesellschaft in continuierlicher Entwickelung auswuchs — und sie war doch auch nur aus den kleinsten Anfängen hervorgegangen.

Derartige Bedenken durften uns auf die Dauer aber nicht von der Begründung einer kurländischen Aerztegesellschaft abhalten. Hat man erst die ehrliche Absicht, zu arbeiten, das Material zur Arbeit findet sich jederzeit.

Wissenschaftliche Arbeit im strengsten Sinne des Wortes muss gewiss überall der Hauptzweck einer jeden ärztlichen Vereinigung sein und giebt dieser erst ihre Existenzberechtigung. Dies ist aber schliesslich nicht der einzige Zweck. Es harren auch noch andere Fragen ihrer Lösung, die jedoch erst nach erfolgtem Zusammenschluss der Aerzteschaft mit Aussicht auf Erfolg in Angriff genommen werden können. Ich meine die Organisation unseres durchaus reformbedürftigen öffentlichen Gesundheitswesens.

Mit welchem Erfolge auch für derartige, das ganze Land als solches angehende Fragen gearbeitet werden kann, lehrt uns das Beispiel der verhältnismässig noch jungen, 1903 begründeten estländischen Aerztegesellschaft. Die Collegen in Estland befinden sich, was Krankenhäuser und Kliniken anbetrifft, in ganz ähnlicher Lage wie wir. Trotzdem fand man in Estland den Mut, einen eigenen Aerztetag ins Leben zu rufen. Diese Aerztegesellschaft hat in der kurzen Zeit ihres Bestehens schon ganz Hervorragendes geleistet, ganz speciell auf dem Gebiet der Sanitätsreform.

Das Beispiel von Estland hat auf uns durchaus anregend und befruchtend gewirkt. Es bedurfte bei uns nur eines kleinen Anstosses, um die gute Sache in Gang zu bringen.

Auf dem letzten livländischen Aerztetag zu Dorpat im August 1907 wurde bekanntlich die Gründung eines baltischen Aerztecongresses in Aussicht genommen. Dieser Aerztecongress sollte alle 3 Jahre in einer der drei Gouvernementsstädte Riga, Reval und Mitau zusammentreten.

Nun durften wir nicht länger zögern, es musste ungesäumt ans Werk geschritten werden. Der Boden für die Idee einer kurländischen Aerztegesellschaft war bei uns auf das beste vorbereitet: wer immer von uns das Glück gehabt hatte, häufiger oder auch seltener an einem der drei Aerztetage in den Schwesterprovinzen teilnehmen zu können, der kehrte mit tiefer Befriedigung und voll neuer anregender Eindrücke heim und machte für die gute Sache Propaganda. So kam es, dass der Gedanke, eine kurländische Aerztegesellschaft ins Leben zu rufen, bei uns freudigen Widerhall fand. Auf einer constituierenden Versammlung am 25. October in Mitau herrschte grosse Einmütigkeit, von allen Seiten wurde die Begründung einer kurländischen Aerztegesellschaft als dringendes Bedürfnis anerkannt.

So stehen wir nun auch als Aerztegesellschaft organisiert da und bitten Sie, die älteren Gesellschaften, uns als die jüngste freundlich in Ihre Mitte aufzunehmen und so den Kreis zu schliessen, der fortab alle drei Provinzen umfassen soll.

In manchem Punkte weichen unsere Satzungen von den Ihrigen ab. Ich meine, das tut nichts, der Boden für eine Verständigung ist doch gegeben. Auch wir haben die gleichen Ziele wie Sie: wissenschaftliche Arbeit, Vertretung von ärztlichen Standesinteressen und Förderung und Pflege collegialer Beziehungen auf unsere Fahne geschrieben.

So lassen Sie uns denn einmütig arbeiten und schaffen, zum Wohle der uns allen teuren baltischen Heimat und damit auch zum Heil des weiten Reiches!

In diesem Sinne rufe ich Ihnen allen ein freudiges, herzliches Willkommen zu!

2. Dr. A. Raphael-Mitau hält seinen Vortrag: «Mitteilungen aus der Geschichte der Epidemien in Kurland». (Der Vortrag ist in der St. Petersburger Med. Wochenschrift, № 43 erschienen).

Discussion.

Dr. Krüger-Mitau fragt, ob noch vor 1710 eine Symptomatologie der Pest genannt worden ist; in früher Zeit sind viele oder alle Epidemien «Pest» benannt worden, die sich wohl auf Typhus exanthematicus oder anders bezogen haben.

Dr. Raphael-Mitau: Von der Pest 1657, die ja fast den ganzen Erdball umfasste, steht es fest, dass sie die echte Beulenpest gewesen ist.

3) Dr. C. Becker-Mitau, hält seinen Vortrag: «Referat über den gegenwärtigen Stand der Syphilisforschung mit Demonstrationen der Spirochaeta pallida».

Vortragender weist darauf hin, dass in den letzten Jahren sehr viel auf dem Gebiet der Syphilisforschung gearbeitet und geschrieben worden ist. Bevor es aber gelungen war, die Syphilis auf Tiere überzuimpfen und den specifischen Syphiliserreger zu entdecken, mussten immer noch wichtige diagnostische und therapeutische Fragen ungelöst bleiben. Erst nachdem Metschnikow und Roux 1903 bewiesen hatten, dass Affen für Syphilis empfänglich sind und nachdem Schaudinn und Hoffmann 1905 in der Spirochaeta pallida den specifischen Syphiliserreger entdeckt hatten, hat man die Möglichkeit gewonnen, viele noch unaufgeklärt gebliebene Probleme auf dem Gebiet der Syphilis-Diagnose und Therapie zu lösen.

Nachdem Vortragender über die verschiedenen und zu practisch-diagnostischen Zwecken wichtigsten und bequemsten Darstellungsmethoden der Spirochaeta pallida gesprochen hat, folgen einige Angaben über die Differenzierung derselben von anderen ähnlichen Spirochaetenarten, besonders der auf der Oberfläche von Ulcera und Sklerosen häufig schmarotzenden Spirochaeta refringens. Es folgen alsdann mikroskopische Demonstrationen der Spirochaeta pallida und refringens.

Da man bis jetzt noch keinen geeigneten Nährboden für die Pallida gefunden hat, so sind in biologischer Beziehung die

Pallidaforschungen noch fast ganz ohne Resultat geblieben. Unter Luftabschluss kann die Spirochaeta pallida lange Zeit ihre Beweglichkeit erhalten. Ihr Verhalten Chemikalien gegenüber ist noch wenig studiert worden. Physiologische NaCl-Lösung und normales menschliches Serum beeinflussen ihre Bewegungen nicht. Nach Zusatz des Serums unbehandelter Syphilitiker will man aber eine Verringerung resp. Sistierung der Bewegungen und gar eine gewisse Neigung zur Agglomeration beobachtet haben.

Ueber die Art der Vermehrung gehen die Ansichten der Autoren ebenfalls noch weit auseinander und basieren meist nur auf Hypothesen. Von den meisten Forschern wird die Spirochaeta pallida als zu den Bacterien und zwar den Vibrionen gehörig gezählt.

Das constante Vorkommen der Spirochaeta pallida bei acquirierter, congenitaler und experimenteller Syphilis in allen Exanthemformen und Organen spricht genügend für die aetiologische Bedeutung der Spirochaeta pallida.

Vortragender referiert ferner über die Resultate der Forschungen bezüglich der Verbreitungswege der Spirochaeten im Körper des Luetikers. Ausgehend vom Primaeraffect, sind es die Lymphspalten und Lymphbahnen, in denen die Spirochaeten sich vermehren und in die Tiefe wandern.

Für practisch-diagnostische Zwecke ist die Entdeckung der Pallida von grosser Bedeutung, da es nicht immer möglich ist klinisch einwandsfreie Diagnosen auf Lues zu stellen, zumal in den Frühstadien der Affection. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass, so bedeutungsvoll der positive Befund ist, so wenig der negative, wenigstens nach einmaliger Untersuchung sagen will.

Auch in therapeutischer Beziehung sind wir durch Entdeckung und Erforschung der Pallida der Beantwortung der beiden Fragen bezüglich einer eventuellen Excision des Primaraffects resp. einer eventuellen sogenannten Frühbehandlung der Syphilis näher gerückt.

Ferner wendet sich Vortragender einer Betrachtung der Wechselwirkung zwischen der Syphilisspirochaete und dem von ihr befallenen Organismus zu. Das relativ lange Incubationsstadium bei der Syphilis vom Primäraffect bis zur Allgemeininfection erklären Levaditi, Ehrmann, Neisser, Hoffmann und andere dadurch, dass die Spirochaeten, trotz ihrer starken Vermehrung in den Lymphbahnen und regionären Drüsen, wahrscheinlich nur sehr wenig Giftstoffe ausscheiden müssen, welche erst durch lang dauernde Summierung zu wirken vermögen, oder aber dass erst bei ihrem Zerfall ihre Leibesgifte, die Endotoxine, frei werden und nun schädigend wirken. Die meisten nun folgenden histologischen Vorgänge sind im wesentlichen eine Endo- und Perilymphangitis, Oedem und Schwellung der Gewebe, Wandentzündung der kleinen Venen und Capillaren, und schliesslich dringen nun die Spirochaeten in die Capillaren, also in den Blutstrom.

Auch über die congenitale Syphilis wird die Spirochaetenforschung hoffentlich bald mehr Aufklärung bringen, ob sie nämlich auf ovogenem, spermatogenem, also germinativem oder placentarem Wege übermittelt wird.

Ferner ist durch das Tierexperiment festgestellt, dass alle Affen für Syphilis empfänglich sind und zwar sind die anthropomorphen Affen empfänglicher als die anderen Affenarten. Alle diese Arten bekommen nach einer Incubationszeit von 3—4 Wochen, zuweilen auch erst nach 50—60 Tagen, Affectionen an der Impfstelle, welche durchaus nach Verlauf, Aussehen und histologischem Bau dem entsprechen, was wir beim Menschen als typische Initialsclerose bezeichnen. Weiterimpfungen von solchen Affectionen erzeugen immer typische, einen identischen Verlauf zeigende Affectionen. Die Schwankungen in der Incubationszeit sind nicht von den Qualitätsdifferenzen des Virus abhängig, sondern beruhen auf einem Wechsel in der Quantität der gerade im Impfmaterial vorhandenen Parasiten. Die Ueberimpfung muss cutan, nicht subcutan ausgeführt werden, da letztere Impfversuche immer negativ ausgefallen sind. Die Ursache dieser Erscheinung ist noch nicht genügend begründet. Dass die Syphilis bei allen Affenarten constitutionell wird, ist erstens durch den Nachweis der Generalisierung der Parasiten und zweitens durch den Nachweis der allmählich sich entwickelnden Resistenz der Haut gegen Reinoculationen bewiesen.

Auch die Immunitätsfrage ist durch die experimentelle Syphilisforschung mehr geklärt worden. Es hat sich dabei herausgestellt, dass eine Immunität, wie sie bei den übrigen Infektionskrankheiten besteht, bei der Syphilis schwerlich vorhanden ist, da nach einem latenten Stadium immer wieder neue Eruptionen des Virus auftreten können, und wir daher schwer bestimmen können, wann der Luetiker seine Krankheit überstanden hat. Neisser, Finger und Landsteiner haben durch ihre neuesten Versuche bewiesen, dass bei den Affen in allen Stadien der Syphilis durch Neuimpfung immer dem jeweiligen Stadium entsprechende Inoculationsproducte erzeugt werden konnten. Diese Resultate haben ihre Erklärung gefunden durch die sogenannte syphilitische Gewebsumstimmung im Organismus des Luetikers. Sie besteht darin, dass die Gewebe entsprechend den verschiedenen Stadien der Krankheit eine specifische Veränderung erleiden und daher auf eine neue Infection mit Syphilisspirochaeten auch specifisch reagieren. Man hat also angenommen, dass es zwar wohl eine relative nicht aber absolute Immunität giebt, weshalb auch Neisser meint, dass bei einem vollständig ausgeheilten Falle eine Reinfection mit den Erscheinungen eines Primäraffectes möglich ist.

Zum Schluss seines Referates behandelt Vortragender das sero-diagnostische Experiment, wie es Wassermann und Bruck 1906 entdeckt haben. Sie konnten mit Hilfe der sog. Complementablenkung das Vorhandensein einerseits von Bacteriensubstanzen (Antigen), andererseits von Antikörpern im Organismus nachweisen. Zur Ausführung dieses Experimentes bedarf man des haemolytischen Systems, das aus 3 Faktoren besteht:

1) aus Hammelblutkörperchen,
2) » inactiviertem Serum eines Kaninchens
und 3) » dem Complement, wozu frisches normales Meerschweinchenserum benutzt wird.

Neisser erklärt das Prinzip der Complementablenkung in kurzen Zügen folgendermassen: Bringt man in frisches Kaninchenserum ein Hammelblutkörperchen, so wird es aufgelöst, wird aber das Serum vorher inactiviert, was man dadurch erreicht, dass das Serum des vorher mit Hammelblut behandelten Kaninchens für ½ St. auf 56° C. erhitzt wird, und bringt man nun in dieses so inactivierte Kaninchenserum ein Hammelblutkörperchen, so wird es nicht aufgelöst. Completiert man aber dagegen Hammelblutkörperchen + inactiviertem Kaninchenserum zum geschlossenen System durch Zusetzen des Complementes, also durch frisches normales Meerschweinchenserum, dann wird das Hammelblutkörperchen wieder aufgelöst.

Also Hammelblutkörperchen + inactiviertes Kaninchenserum + frisches normales Meerschweinchenserum bilden das haemolytische System, und das Complement (Meerschweinchenserum) muss die Kette schliessen, um eine Lösung des Hammelblutkörperchens herbeizuführen. Mischt man nun zuerst gewisse Mengen von Syphilisantigen + Syphilisantikörper und bringt das Complement, frisches normales Meerschweinchenserum, dazu, so wird, wenn man nun nachträglich noch Hammelblutkörperchen + inactiviertes Kaninchenserum zusetzt die Kette nicht geschlossen, das Hammelblutkörperchen wird nicht aufgelöst, da das Complement, Meerschweinchenserum, durch Antigen + Antikörper gebunden ist.

Darin also, dass nur bei Anwesenheit von Antigen und Antikörpern die Ablenkung stattfinden kann, nicht aber wenn nur das eine oder andere vorhanden ist, liegt das Princip des sero-diagnostischen Experimentes.

Discussion.

Dr. Zoepffel-Libau ist es aufgefallen, dass in der Literatur keinerlei Hinweise darüber vorhanden sind, ob inficierte Affen die Krankheit auf andere Affen übertragen können, sei es per vias naturales (Coitus) oder durch andere innige körperliche Beziehung. Er richtet an den Vortragenden die Frage, ob ihm etwas darüber bekannt sei. Zoepffel weist ferner darauf hin, dass durch neue Arbeiten (Krzystalowicz u. A.) nachgewiesen worden ist, dass die Zahl der Spirochaeten proportional der Dauer der Infection und der Intensität der Infiltration des Primäraffectes zu sein scheint und dass es daher in Zukunft in Fällen, wo, wie es leider noch immer häufig genug geschieht, Excoriationen und Ulcera — namentlich ad genitalia — mit Lapis geätzt oder richtiger gesagt malträtiert worden sind und infolge dessen Infiltrationen auftreten, die Sclerosen vortäuschen, die mikroskopische Untersuchung dann grade sehr zahlreiche Spirochaeten bei specifischer Erkrankung nachweisen muss.

Dr. Becker-Mitau: Auch ich habe gelegentlich eigner Untersuchungen die Erfahrung gemacht, dass mit Antisepticis behandelte Ulcera und Sclerosen oft keine Spirochaeten enthalten; nach Kompressen mit physiolog. Kochsalzlösung findet man sie wieder.

Dr. Ostrow-Mitau fragt, wie es mit der Ansicht Dr. Jancke's steht, wonach die Spirochaeta pallida ein unschuldiger Saprophyt, der Cythorryctes luis aber der specifische Urheber sei.

Dr. Becker-Mitau: Es giebt viele Gegner der Pallida-Aetiologie, aber die Beweise für die ursächliche Rolle der Spirochaeta pallida sind so schlagend (kurze Incubationszeit bei reichlichem Vorhandensein von Parasiten), dass die Gegner schweigen müssen.

Dr. von Keyserlingk-Reval: Dass die Spirochaeta pallida der Syphiliserreger ist, scheint mir einwandsfrei nachgewiesen, speciell durch das Tierexperiment. Wie findet aber

die Infection im Secundärstadium statt? Bei Gonorrhoe und beim Primäraffect ist es Contactinfection, im Secundärstadium nicht, da jede locale Erscheinung im weiblichen Genital fehlt, und auch das Sperma steril inbezug auf die Spirochaeta pallida ist?

Dr. Becker-Mitau: Infectionen bei recidiver Lues brauchen nicht immer stattzufinden; die Möglichkeit ist aber entschieden vorhanden, da z. B. nässende Papeln mit Vorliebe in den grossen Labien und auf der äusseren Haut des Penis und Scrotum auftreten und reichlich Spirochaeten enthalten; die Möglichkeit einer Infection ist vielleicht auch bei Erosionen durch Parasiten im Blut vorhanden.

Dr. H. Hildebrand sagt, bei Paralytikern habe man die Spirochaeta pallida nicht gefunden. Es sei dies auch keineswegs zu erwarten gewesen, da wir in der Paralyse ja eine metasyphilitische Erkrankung haben, die mit der Syphilis als solchen garnichts mehr zu tun habe.

Dr. Becker-Mitau: Bei progressiver Paralyse ist das serodiagnostische Experiment oft beweisend. B. giebt an, dass Antikörper in der Spinalflüssigkeit nachzuweisen sind, Antigene nicht.

Dr. Kleinberg: Da die Spirochaeta pallida auch im gummösen Stadium stets angetroffen werden soll, erscheint es mir unerklärlich, warum Tertiärluetiker ihre Lues fast nie übertragen.

Dr. Becker-Mitau: Tertiäre Syphilis ist entschieden ansteckend, d. h. wenn Parasiten übermittelt werden können, aber in Gummen sind dieselben nicht immer so zahlreich.

Dr. Wagner fragt an, ob die Untersuchung auf Spirochaeta pallida bei Leichen positive Befunde ergeben hat, falls die Todesursache progressive Paralyse gewesen ist.

Dr. Stieda-Mitau: Ich weiss nicht, ob sich die Behauptung aufrecht erhalten lässt, dass die progressive Paralyse nichts mit Syphilis zu tun hat. Die Toxine der Syphilis sind jedenfalls sowohl bei der Paralyse als auch bei der Tabes nachzuweisen und es fragt sich, ob sie nicht schon zur Zeit der entstandenen Paralyse neu gebildet wurden.

Dr. Stender-Riga erwähnt der Tabes und der progressiven Paralyse als metasyphilitischer Erkrankungen, wo in 80 pCt. der Fälle die serodiagnostische Untersuchung einen positiven Befund gebe. Redner erwähnt der Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit als diagnostischen Hülfsmittels und eines Falles von gastrischen Krisen, die als Initialsymptom der Tabes anfangs verkannt, durch die Lumbalpunktion und den Befund einer Lymphocytose diagnostisch gebührend gewürdigt wurden.

Dr. Siebert-Libau weist darauf hin, dass sich zuweilen bei Frauen Tabes entwickele, deren Männer syphilitisch gewesen und ihre Lues vor vielen Jahren acquiriert hatten. Diese Frauen zeigten vorher nie syphilitische Erscheinungen. Er selbst hat 2 derartige Fälle gesehen.

Dr. H. Hildebrand verwahrt sich gegen das durch seine Bemerkung augenscheinlich hervorgerufene Missverständnis, als stände die Paralyse in keinerlei Beziehungen zur Syphilis. Er habe nur gesagt, es handele sich bei der Paralyse um eine metasyphilitische Erkrankung. Es sei ja heutzutage als feststehend anzusehen, dass in 90 pCt. der Fälle von progr. Paralyse und auch von Tabes die Syphilis als Ursache der Krankheit zu beschuldigen ist.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 10. Januar 1908.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Brehm demonstriert eine von ihm operierte Frau, bei welcher eine incarcerierte, aber bereits der Necrose verfallene Darmschlinge durch Taxis in die Bauchhöhle reponiert worden war. Obwohl die Incarceration nur 6 Stunden bestanden, habe diese kurze Zeit genügt, um die Schlinge zur Necrose zu bringen. Die vom behandelnden Collegen proponierte Operation wurde abgelehnt, daher derselbe die Taxis machte. Obwohl dieselbe gelang, wurden die Occlusionserscheinungen immer bedrohlicher, so dass sich die Kranke zur Operation entschloss. Herniolaparotomie, Resektion einer 40 cm. langen Schlinge, circuläre Darmnaht. Glatte Heilung. Die Taxis bei Brucheinklemmung sei principiell zu verwerfen, das Normalverfahren sei stets die Operation, denn dieselbe sei der Taxis in jeder Beziehung überlegen, da sie in der Regel eine Radicalheilung bedeute. Die Gefahren seien nicht grösser, sondern unbedingt kleiner als bei der Taxis, wie der vorliegende Fall beweise, denn die Hauptgefahr — die Narcose könne sehr gut vermieden werden, er operiere die eingeklemmten Brüche stets unter Localanästhesie. Nicht einmal die Gefahr, dass durch Eiterung das Resultat der Radicaloperation beeinträchtigt werde, bestehe bei Einklemmung in höherem Masse als bei der Radicaloperation der freien Brüche. Er habe bei 35 Fällen eingeklemmter Brüche 21 mal die Radicaloperation machen können, 5 mal die einfache Herniotomie, 9 mal die primäre Darmresection, 2 mal den Anus praeternaturalis. Von den 21 nach Bassini radikal operierten Fällen heilten 20 tadellos, 1 Fall mit belangloser Eiterung der Hautnähte, das wären 4,7% Eiterung, ein Procentsatz, der von den Autoren im allgemeinen auch für die Bassinioperation der freien Brüche angegeben wurde. Er halte daher bei Brucheinklemmung die Taxis nur in dem Falle für gerechtfertigt, wenn der Kranke sich dauernd weigert, die Operation zuzulassen, das sei aber seiner Erfahrung nach sehr selten. (Autoreferat.)

2. Christiani demonstriert 4 vaginal von ihm exstirpierte uteri myomatosi.

Discussion:

Brehm fragt, ob dem Redner auch Fälle mit sogenannter Myomcachexie vorgekommen seien, wobei es sich keineswegs um sarcomatöse Degeneration des Myoms handele, sondern um reine Myome, die nur eine centrale Erweichung und Verflüssigung zeigten. Die allgemeine Cachexie sei aber exquisit und schwinde völlig nach der Operation. Er habe derartige Präparate und Kranke Herrn Dr. Keilmann-Riga demonstrieren sehen.

Christiani erwidert, zwei der von ihm jetzt operierten Fälle seien durchaus cachectisch gewesen, durch die Operation aber völlig hergestellt worden. Nicht selten seien bei den Myomen Erscheinungen von seiten des Herzens, auf die zuerst Kessler hingewiesen habe, dieselben geben eine stricte Indication zur Operation. Ueberhaupt bestehe die alte Ohlshausensche Ansicht, das Myom sei ein exquisit gutartiger Tumor und erheische nur in c. 16% der Fälle die Operation, jetzt nicht mehr zu recht. Man müsse alle Myome operieren, die ihren Trägerinnen in irgend einer Hinsicht schaden, sei es durch Blutungen, Cachexie oder Verdacht auf maligne Degeneration, sei es auch nur durch stärkere Beschwerden. Die subserösen Myome seien an sich nicht gefährlich, verursachten aber oft sehr lästige, colikartige Leibschmerzen.

3. Siebert hält seinen Vortrag über «die Symptomatologie der traumatischen Neurosen».

Discussion:

Zöpffel fragt, ob das vom Redner citierte Mankopffsche Symptom nicht auch bei gewöhnlicher Hysterie vorkommen könne. Die Arteriosklerose sei seiner Ansicht nach oft nicht nur die Veranlassung, sondern die Folge einer traumatischen Neurose.

Ischreyt bemerkt, er habe gleich Siebert, die Einengung des Gesichtsfeldes bei Traumatikern nur selten gesehen, dieselbe spiele jedenfalls nicht die Rolle in der Diagnostik der Krankheit, wie meist angenommen werde.

Brehm glaubt, dass zwischen der Genese des Leidens und der Intensität des Traumas doch eine Relation bestehe, in den Augen des Kranken müsse das Trauma jedenfalls ein schweres sein, und durch Affecte des Schreckens, der Furcht compliciert. Zur Differentialdiagnose erinnere er an ein Leiden welches namentlich im Anfangsstadium sehr ähnliche Bilder geben könne: die progressive Paralyse. Diagnostische Irrtümer seien hier ebenso möglich, wie sie folgenschwer sein dürften. Die Demenz sei im Beginn der Paralyse oft sehr cachiert, werde jedenfalls von den Angehörigen leicht übersehen, der «nervöse Zustand» aber gern mit irgend einem belanglosen Unfall in Zusammenhang gebracht. Der Traumatiker wie auch der Paralytiker stehen ihren Leiden kritiklos gegenüber, doch in verschiedener Art, ersterer sei Pessimist und übertreibe stets sein Leiden, der Paralytiker sei Optimist und nehme die Sache leicht.

Christiani meint, die Rentenfrage sei bei uns schlecht gelöst, in Deutschland würden in diesen Fällen einmalige Abfindungssummen gezahlt, so dass der Kranke nicht immer in der Furcht leben müsse, es könnte ihm nach 1—2 Jahren die Rente entzogen werden. Diese Angst und Sorge gebe dem Leiden immer neue Nahrung und lasse den Kranken nicht Ruhe finden und Arbeit suchen. Um bei der Begutachtung Simulation anschliessen zu können, müsse man diese Fälle stets in ein Krankenhaus legen, nur so könne man ein abschliessendes Urteil gewinnen.

Siebert schliesst sich vollkommen Christiani an, die Expertisen ohne gründliche Beobachtung seien wertlos. Die von Richter geforderten somatischen Symptome, namentlich die stets gewünschte Gesichtsfeldeinengung, liessen sich eben nur selten constatieren. Er würde gegebenen Falles immer die Verlegung in eine Anstalt zwecks Beobachtung verlangen.

4. Christiani entwickelt in kurzen Zügen im Anschluss an einen neuerdings von ihm beobachteten Fall seine Ansichten über Hyperemesis gravidarum. Die fötale

Provenienz des Giftes, auf welche er schon vor 3 Jahren in Uebereinstimmung mit Brehm hinwies, hält er auch auf Grund neuerer Forschungen für feststehend. Und zwar bildet sowohl der Vomitus matutinus, wie die Emesis gravidarum eine physiologische Reaction des mütterlichen Organismus gegen die Einfuhr artfremder Stoffe vom Foetus her, wobei das mütterliche Entgiftungsorgan, die Leber einer stärkeren Arbeitsleistung unterworfen wird. Und zwar beginnt die Reaction Ende des ersten Monats mit Eintritt des Umbilicalkreislaufes und endet bekanntlich gewöhnlich Ende des dritten Monats, d. h. mit Ausbildung der Placenta, welche man wohl nicht mit Unrecht eine Graviditätsleber nennen darf. Hat die Reactionsfähigkeit des mütterlichen Organismus gelitten, resp. ist die functionelle entgiftende Tätigkeit der Placenta herabgesetzt, dann bildet sich aus der physiologischen Reaction die pathologische Erscheinung unter dem Bilde der sogenannten Hyperemesis aus. Eine Neurose lässt Vortragender nur soweit gelten, als die physiologische Reaction der Leber bei labilem oder erkranktem Nervensystem zu stärkerem Erbrechen führen wird als bei gesundem. Das Erbrechen fasst Referent als Reflex des Magens auf die grössere Arbeitsleistung der Leber auf. In Bezug auf alle Einzelheiten verweist Ref. auf einen ausführlichen Vortrag.

(Autoreferat).

Sitzung vom 7. Februar.

Präses: Zoepffel, Secretär: Brehm.

1. Alksne (als Gast) demonstriert einen Soldaten mit Paraffinoma pectoris artificiale. Obwohl der Mann nichts zugiebt, sei es zweifellos, dass es sich hier um ein Kunstprodukt handele, der Tumor sei so plastisch, dass man ihm jede gewünschte Form geben könne.

Discussion:

Man fragt, ob es sich hier nicht um ein Teratom handeln könnte.

Brehm hält das für unwahrscheinlich, der Tumor sei zu homogen in der Consistenz und zu plastisch. Interessant sei die schon ganz deutlich ausgebildete Kapsel.

2. Alksne demonstriert einen schwer tuberculösen Hoden. Der Fall sei dadurch interessant, dass die Tuberculose bei dem ganz gesunden, 64 Jahre alten Mann direct im Anschluss an ein Trauma entstand und sehr acut verlief mit bedeutenden Temperatursteigerungen und sehr heftigen Schmerzen. Eine von berufener Seite ausgeführte Resection des Nebenhodens nebst Excochleation brachte keine Hilfe, der Kranke verfiel schnell, und die Tuberculose ergriff den 2. Hoden. Da operierte A. radikal, entfernte ausser den kranken Drüsen auch die infiltrierte Haut. Der Erfolg sei befriedigend, der Pat. habe sich erholt und könne wieder arbeiten.

Discussion:

Brehm vertritt auch die frühe, möglichst radikale Operation, man habe mehr Hoffnung einem Mann die potentia generandi zu erhalten, wenn man ihn sofort einseitig kastriere, als wenn man durch Excochleationen und Resektionen Zeit verliere und den zweiten Hoden der Gefahr, inficiert zu werden, aussetze. Die Aussicht, durch die Resection der Epididymis den Hoden für die «innere Secretion» zu retten, sei nicht schwerwiegend gegenüber der Gefahr, einen Hoden zurückzulassen, der doch vielleicht schon hie und da Tuberkeln enthält.

Alksne weist auf Tierversuche an der Fedorowschen Klinik hin, die beweisen, dass schon bei blosser Unterbindung des vas deferens der Hoden allmählich degeneriere, indem das Drüsengewebe bindegewebig substituiert werde. Mithin sei es klar, dass bei den sogenannten conservativen Methoden (Resection, Excochleation) der Hoden nicht für die sogenannte innere Secretion erhalten werde, deren Bedeutung übrigens erheblich übertrieben worden sei. Der Infectionsmodus bei der Urogenitaltuberculose sei wohl sicher ein hämatogener, die Epididymis sei prädisponiert. Die Infection per coitum halte er für ausgeschlossen, es sei erwiesen, dass stets zunächst die Epididymis dann erst die Samenblasen und Prostata erkrankten. Die Prognose der operierten Fälle sei nicht ganz schlecht, aus dem Material der Brunsschen Klinik wurden 50 pCt. Heilung berechnet, eine Besserung erziele man stets.

3. Brehm demonstriert einen durch die Operation geheilten Fall von linksseitigem subphrenischen Abscess nach Ulcusperforation des Magens. Er habe den transpleuralen Weg durch das Zwerchfell eingeschlagen nach Resection der X. Rippe, der Zugang und die Uebersicht über die grosse Eiterhöhle sei ausgezeichnet gewesen, die Abflussbedingungen für den Eiter die denkbar günstigsten. Die Höhle dehnte sich zwischen Magen und Milz einerseits und dem Diaphragma andererseits aus, enthielt dünnflüssigen, fade riechenden Eiter mit Speiseresten. Die Bauchhöhle wurde nicht inficiert.

(Autoreferat.)

Discussion:

Alksne weist auf die ernste Prognose des Leidens hin. Die Mortalität betrage mehr als 50 pCt. Er habe 3 Fälle operiert, deren einer zur Heilung kam. Auch er habe, wie das in dem oben demonstrierten Falle war, die Pleurablätter oft nicht verklebt gefunden und die Erfahrung gemacht, dass die Naht sehr schlecht halte, die Pleura reisse sehr leicht, übrigens sei ein Pneumothorax nicht zu fürchten.

Lakschewitz fragt, ob im vorliegenden Falle bereits früher Symptome eines Magenleidens bestanden hätten.

Brehm erwidert, der Knabe sei angeblich stets gesund gewesen und plötzlich erkrankt. Die Diagnose der Magenresp. Duodenumperforation sei dadurch ausser Frage gestellt, dass der Abscessinhalt Speisereste enthielt.

Sitzung vom 6. März 1908.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Prissmann demonstriert einen Fall von Fibroma molluscum. Die Geschwülste seien hier angeblich erst im 20. Lebensjahr aufgetreten, doch hätten Pigmentationen der Haut schon viel früher bestanden und das Leiden sei wohl sicher als congenitales anzusprechen. Psychisch und körperlich schwache Menschen seien prädisponiert; an und für sich sei das Leiden nicht gefährlich, die Träger könnten damit sehr alt werden. Therapeutisch kämen nur chirurgische Eingriffe in Betracht, wenn die Tumoren eine Grösse erreichten, die mechanisch Störungen und Schmerzen hervorruft.

2. Christiani demonstriert ein Myom, das er unmittelbar post partum enucleïerte. Es habe sich an die Ausstossung der Frucht und Placenta eine sehr lebhafte Blutung angeschlossen, so dass die Frau schon sehr anämisch erschien, dabei sei die Nachgeburt vollständig und der Uterus gut contrahiert gewesen. Beim Eingehen mit der Hand habe er an der Hinterwand der Cervix einen ziemlich weichen, kleinapfelgrossen Tumor gefühlt, derselbe habe sich leicht auslösen und herausholen lassen. Nach ausgiebiger Tamponade des Uterus habe dann die Blutung gestanden, das Wochenbett sei völlig normal gewesen.

3. Christiani hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Autointoxication bei Hyperemesis gravidarum». (Erscheint im Druck).

Discussion:

Schlesinger fragt, wie es zu erklären sei, dass bei dem vom Reiner geschilderten Falle eine Neuritis noch so spät auftrat, nachdem schon lange der Abort erfolgt, die eigentliche Giftquelle mithin ausgeschaltet worden sei.

Friedberg ist geneigt in der Hyperemesis ein vorwiegend nervöses Leiden zu sehen, er habe einen Fall beobachtet, wo wegen Hyperemesis im 3. Monat der Abort eingeleitet wurde. Bei der folgenden Schwangerschaft sei wieder Erbrechen aufgetreten, welches für einige Zeit durch Brom gestillt worden sei, um aber nach 4 Wochen wiederzukehren. Dieses mal habe das Brom versagt, aber rein psychische Beeinflussung habe geholfen und es sei ein gesundes Kind geboren worden, obwohl die Frau selbst anfangs um Einleitung des Aborts gebeten hatte.

Schmähmann beobachtete 2 Monate hindurch Erbrechen, das allen Mitteln getrotzt habe, so dass die Frau zwecks Einleitung eines Aborts ins Krankenhaus übergeführt wurde. Am Tage der Ueberführung habe das Erbrechen spontan aufgehört, er müsse hier unbedingt nervöse Einflüsse annehmen. Ausserdem käme ja erfahrungsgemäss nicht selten auch in späteren Stadien der Schwangerschaft Erbrechen vor, er könne nicht einsehen, wie dieses durch toxische Einflüsse zu erklären sei.

Ischreyt weist darauf hin, dass die Lehre von den Autointoxicationen gerade in der letzten Zeit auch von seiten der Ophthalmologen grosse Beachtung findet. In der vom Vortragenden referierten Krankengeschichte ist das Auftreten einer Neuritis insofern von Interesse, als es eine Analogie zu gewissen Augenveränderungen bietet. Die Neuritis optica der Schwangeren wird ja, ebenso wie die einem objectivem Befund auftretenden Amblyopien und Amaurosen auf eine histiogene Autointoxication zurückgeführt.

Christiani erwidert Schlesinger, dass s. A. n. die consecutive Neuritis nicht mehr durch das aus dem kindlichen Organismus stammende Gift hervorgerufen würde, sondern durch Gifte, die in der Leber entstehen durch das Zugrundegehen von Lebersubstanz, es sei ja eine bekannte Tatsache, dass bei Cholämischen das Nervensystem oft schwer geschädigt werde. Was die Fälle der Herren Friedberg und Schmähmann anbetrifft, so halte er dieselben aber für

leichtere, nicht eigentlich toxische Fälle. Nach 2 Monaten höre ja in der Regel das Erbrechen auf. In späteren Stadien der Schwangerschaft auftretendes Erbrechen dürfe seines Erachtens nicht unter demselben Gesichtspunkte betrachtet werden wie die eigentliche Hyperemesis. Das spätere Erbrechen verlange eine ganz gesonderte Betrachtung, auf die er nicht näher eingehen wolle, er erwähne nur, dass die Autoren jetzt schon geradezu von einer Schwangerschaftsleber sprächen analog der Schwangerschaftsniere.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— Die Moskauer Universität zählt in diesem Semester 9177 Studenten. Davon entfallen 1840 auf die medicinische Facultät. Ausserdem gehören zur medicinischen Facultät 274 Pharmaceuten. Am stärksten besucht ist die juristische Facultät — 3806 Studenten.

— Die Moskauer Stadtverwaltung hat eine grosse Arbeit zur Vervollständigung der Canalisation unternommen. Es wird ein zweiter (oberer) Canal zur Leitung der Abwässer auf die Rieselfelder gelegt, der parallel dem unteren Canal verlaufen und ohne Pumpvorrichtung, nur durch die natürliche Neigung, das Wasser zum Abfluss bringen wird. Die Arbeiten sollen im Jahre 1909 beendet werden und werden gegen 300000 Rubel kosten.

— Die Flecktyphusepidemie in Moskau ist noch immer im Zunehmen begriffen. In der Woche vom 26. Oct. bis 1. Nov. erkrankten an Flecktyphus 63 Personen, gegen 44 in der vergangenen Woche.

— In Riga soll in nächster Zeit auf Initiative des Collegen von zur Mühlen ein Sanatorium für Lungenkranke errichtet werden, dessen Baukosten auf 50000 Rbl. veranschlagt sind.

— In den baltischen Provinzen scheint ein energisches Vorgehen gegen die Trunksucht zu bestehen. Im Rigaschen Fabrikbezirk fand im Mai eine Anti-Alcohol-Ausstellung statt. Viele Dorfgemeinden sollen den Beschluss gefasst haben, von sich aus den unerlaubten Handel mit Spirituosen mit Geldstrafen zu belegen. Der Erfolg dieses Vorgehens beginnt schon sich zu äussern. Der Branntweinverkauf soll um 15—20 pCt. gefallen sein (Medic. Obosrenije, Nr. 17).

— Der 3. Congress für Schulhygiene findet in Paris am 29. März —2. April (n. St.) 1909 statt. Damit wird eine Ausstellung für Schulhygiene und Erziehung verbunden sein. Der erste derartige Congress fand bekanntlich 1904 in Nürnberg statt, der 2. in London 1907.

— St. Petersburg. Vom 9. bis zum 10. November erkrankten an der Cholera 13 Personen, starben 2 und genasen 1?. In den Hospitälern befinden sich 173. Vom Beginn der Epidemie sind erkrankt 8117 Personen, gestorben 3298, genesen 4646.

— In der Woche vom 19. bis zum 25. October erkrankten in St. Petersburg an Infectionskrankheiten 581 Personen. Darunter Typhus exanth. 2, Typh. abdom. 74, Febris recurr. 119, Pocken 10, Windpocken 14, Masern 65, Scharlach 59, Diphtherie 107, acut. Magen-Darmkatarrh 26, Cholera 76, andere Infektionskrankheiten 29.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11484. Darunter Typhus abd. 635, Typh. exanth. 11, Febris recurr. 401, Scharlach 175, Diphtherie 153, Masern 39, Pocken 19, Windpocken 2, crupöse Pneumonie 98, Influenza 398, Erysipel 203, Keuchhusten 33, Sepsis 14, Lepra 1, Hautkrankheiten 49, Syphilis 301, vener. Krankheiten 413, acute Erkrankungen 1767, chronische Krankheiten 1552, chirurgische Krankheiten 1255, Geisteskrankheiten 3233, gynäkologische Krankheiten 225, Krankheiten des Wochenbetts 49, andere Krankheiten 46, Cholera 212.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 687 + 40 Totgeborene + 40 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 10, Febris recurr. 2, Pocken 2, Masern 16, Scharlach 14, Diphtherie 16, Keuchhusten 7, crupöse Pneumonie 20, katarrhalische Pneumonie 65, Erysipel 8, Influenza 3, Pyaemie u. Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose and. Organe 17, Cholera 49, Magen-Darmkatarrh 32, andere Magen- und Darmerkrankungen 27, Alcoholismus 5, angeborene Schwäche 45, Marasmus senilis 20, andere Todesursachen 233.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Starben
vom 2. bis 8. Nov.					
St. Petersburg mit den Vorstädten	70	26	24. Aug.	7978	3296
vom 1. bis 7. Nov.					
Stadt Kronstadt	1	1	31. Aug.	214	92
Gouv. St. Petersburg	—	4	27. »	371	77
» Livland	2	1	11. Sept.	38	21
vom 31. Oct. bis 6. Nov.					
» Saratow	2	2	8. Juli	1673	932
» Twerj	3	—	10. Aug.	105	44
» Kiew	3	—	12. »	805	257
» Jekaterinoslaw	9	4	3. »	1114	545
» Cherson	1	—	27. »	1:0	42
Gouv. Taurien	5	1	13. »	133	71
Gebiet der Don-Kosaken	33	13	22. Juli	2878	1367
Kuban-Gebiet	58	31	26. »	1753	980
Gouv. Stawropol	1	—	25. Aug.	10	5
Terek-Gebiet	58	31	13. »	520	265
Gouv. Jelisawetpol	7	10	30. Aug.	476	286
» Tiflis	9	4	6. »	226	121
Statdt Batum	4	2	3. Nov.	4	2
Gebiet Akmolinsk	15	13	29. Aug.	233	107
Gouv. Tomsk	43	15	14. Sept.	596	303
Im Ganzen	324	158		19237	9703

Mit Hinzuzählung derjenigen Ortschaften, in welchen die Epidemie bereits erloschen ist, die aber noch nicht officiell für cholerafrei erklärt sind, ergiebt sich für die Erkrankten die Zahl 28128, — für die Gestorbenen 13265.

— Gestorben: 1) Am 11. Oct. in Tomsk der Professor für Psychiatrie und Neurologie, Dr. M. N. Popow, geb. 1864, Arzt seit 1890. Nach Absolvierung seiner Studien in Charkow war er daselbst Assistent an der Klinik für Geistes- und Nervenkrankheiten von Prof. Kowalewskij und seit 1892 Privatdocent für dasselbe Fach. Im Jahre 1895 erfolgte seine Berufung als Professor nach Tomsk. 2) Am 27. Oct. in Odessa Dr. J. E. Greck, geb. 1840, Arzt seit 1867. 3) Am 28. Oct. in Odessa die Aerztin S. C. Gedroiz, geb. 1875, Aerztin seit 1906. 4) Am 30. Oct. in St. Petersburg der Arzt des Finnländischen Leib-Garde-Regiments Dr. Massin. 5) Am 30. Oct. in Moskau der Privatdocent der Moskauer Universität Dr. G. A. Küsel, geb. 1864, Arzt seit 1894. 6) Am 30. Oct. in Kerpizeny (Bessarabien) der Landschaftsarzt S. N. Benderskij, geb. 1866, Arzt seit 1896.

Berichtigung.

Infolge einer irrtümlichen Auslegung eines Briefes von Prof. Dehio brachten wir in Nr. 44 der St. Petersb. Med. Wochenschrift die Nachricht, dass an Stelle der bisherigen Provinzialärztetage (livländischer, estländischer, kurländischer Aerztetag) im nächsten Jahr ein Allgemeiner Baltischer Aerztetag in Dorpat (Jurjew) unter dem Vorsitz von Prof. K. Dehio stattfinden soll. Diese Mitteilung ist laut einer neuen freundlichen Erklärung von Prof. Dehio insofern zu berichtigen, als die 3 Provinzialärztetage nach wie vor bestehen bleiben, nur sollen alle 3 Jahre die jährlichen Versammlungen dieser 3 Aerztetage ausfallen und durch einen Allgemeinen Baltischen Aerztetag ersetzt werden. Zum ersten Mal wird das im Jahre 1909 und dann wieder im Jahre 1912 geschehen.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 25. Nov. 1908.

Tagesordnung: 1) Kallmeyer: Zur Casuistik des Paratyphus.
Lange: Bronchoskopische Entfernung eines Fremdkörpers.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 17. Nov. 1908.

Tagesordnung: Albanus: Bemerkungen über die diesjährige Choleraepidemie.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.



Bromural

(α - Monobromisovalerianylharnstoff).

Zur Nervenberuhigung und Schlafanregung.

Dosis: als Sedativum 0,3 g mehrmals täglich als leichtes Hypnoticum 0,6 g vor dem Schlafengehen als Pulver od. in Tablet.

Rp.: 1 Original-Röhrchen Bromuraltabletten (Knoll) zu 0,3 g № XX.

(83) 26—5.

(Literatur und Proben Kostenlos bei R. Otto jr., Moskau).

KNOLL & Co., Ludwigshafen am Rhein.

ARHOVIN

Dr. Horovitz.

Vorzügliches Präparat zur INTERNEN und externen Behandlung der

GONORRHOE

Wichtiges Prophylaktikum gegen Gonorrhoische Gelenkentzündungen und Endocarditiden.

Medikation-intern. Arhovin 0,25 in capsl. gelat. S. 3—6 Mal tägl. 1—2 Capseln. **Medikation-extern.** Sol. Arhovini in ol. Provincial, 5% S. 2-3 Mal tägl. pro Inject. Bacill. Arhovini 6%. Im Verkauf Caps. Arhovini à 30 u. 50 Stück im Origin. Bacilli Arhovini und Arhovini liquid.

PYRENOL

Dr. Horovitz.

Wichtiges Antipyreticum, Expectorans und Antirheumaticum

SPECIFICUM

gegen Pertussis, Influenza, Asthma bronchiale.

Ordination: für Kinder pro Dose 0,1—0,5, für Erwachsene 0,5—1,5 — 3—4 Mal tägl., in Form von Pulvern, Tabletten oder Mixtur mit Sir. Rubi Idaei oder Aquae Menthae. Im Handel in Original à 10,0—25,50 0- 100,0 oder in Tabletten.

Literatur franko und gratis durch Provisor: **E. JÜRGENS, Wolchonka, Moskau.** — GOEDECKE & Co. Chemische Fabrik, Leipzig.



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.

Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,

(21) 52—45. St. Petersburg. Offizerskaja 6. Quartier 37.

REIBOLDSGRÜN

700 m. über dem Meere

im Sächsischen Vogtland. — Bahnstation Auerbach.

Heilanstalt für Lungenkranke.

Behandelnde Aerzte: Hofrat Dr. **Wolff**, Dr. **Sobotta** und Dr. **Baer**.

Herrliche abgeschlossene Lage inmitten von Fichtenwaldungen. Special. Kehlkopfbehandlung.

Entfernung von: Berlin 6 Stunden. Dresden 4 Stunden. Karlsbad 3 Stunden.

(114) 26—11.

Institut zur Herstellung v. Kuhpockenlymphe

Shiwopiszew in Orel.

Ein Fläschchen Pockenlymphe für 50 Personen — 25 Kop. für 25 Personen 15 Kop. Ein Röhrchen für 5 Personen — 5 Kop. Bestellungen im Betrage unter einem Rubel werden nicht versandt. Für Zustellung — 30 Kop. Bei Bestellungen im Betrage von 3 Rbl. und mehr erfolgt ENTSPRECHENDE PREISERMÄSSIGUNG bis zu 20%. Adresse: Institut zur Herstellung von Kuhpockenlymphe Shiwopiszew in Orel.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Unsere Schlafmittel

mit besonderer Berücksichtigung der neueren.

Von Privatdozent Dr. **C. Bachem.**

1909. gr. 8. Mit 1 Kurve. 2 M.

Dieser № liegt ein Prospekt über «Digipuratum, KNOLL & Co. Ludwigshafen a. Rh.» bei.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honoriert.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate sind ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag und Sonnabend 1—2.

№ 47 St. Petersburg, den 22. November (5. December). 1908.

Dieser № liegt № 10 der «Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei. 

Der gegenwärtige Stand der Cholelithiasispathologie.

Von

Dr. A. Schabert, Riga.

Vortrag, gehalten auf dem XX. livländischen Aerztetag zu Riga. 1908.

Naunyn[1]) schliesst das Capitel der Diagnose seines classischen Werkes über Cholelithiasis mit den Worten: „Es erscheint mir nicht angebracht, die Stelle in den Gallengängen, an der ein Stein eingeklemmt ist, genauer bestimmen zu wollen; wo intensiver Icterus besteht, dürfte er meist im Choledochus stecken; doch trifft auch dieses nicht immer zu". Und 7 Jahre später verlangt Kehr[2]) bereits eine specielle Diagnostik der Gallensteinerkrankung: acute und recidivierende Cholecystitis, acuter und chronischer Choledochusverschluss sollen streng unterschieden, ob der Cysticus offen oder geschlossen ist, soll mit Wahrscheinlichkeit besimmt werden. Eiterungen und Adhäsionen in der Umgebung der Gallenblase werden Gegenstand der Diagnostik, und die verwandten Zustände am Magen, (Ulcus, Pylorusstenose), der Choledochusverschluss durch Pancreastumor und die chronische interstielle Pancreatitis werden differentialdiagnostisch abgegrenzt. Was war geschehen, um so gewaltige Forderungen an unser diagnostisches Können in die Wege zu leiten? Es ist Ihnen bekannt, m. H.: in der kurzen Zwischenzeit hatten kühne, im pathologisch-anatomischen Geiste durchgebildete Chirurgen eine gewaltige Anzahl von Eingriffen an der Gallenblase vorgenommen und durch diese, heute für die Forschung unentbehrlichen Sectionen in vivo die Pathologie der Cholelithiasis uns anders verstehen gelehrt als das früher der Fall war. Die neidlose Anerkennung der Fortschritte der Pathologie durch die Arbeiten von Langenbuch, Riedel, Kehr, Körte u. a. soll aber nicht so verstanden werden, als beginne nun erst der Aufbau einer verständnisvollen Gallensteinpathologie — das wäre eine ganz ungerechte Einschätzung früherer Leistungen; namentlich dürfen die Arbeiten von Frerichs, Courvoisier und Naunyn auch heute noch als fundamentale, die neueren Anschauungen direct fermentierende Forschungen mit Recht angesehen werden.

Naunyn war es vor allen Dingen, der die Entstehung der Gallensteine in befriedigender Weise klarlegte. Ihre Entstehung ist nicht auf Störungen des Stoffwechsels oder der Ernährung zurückzuführen, wie man früher, Paracelsischen Einflüssen folgend, annahm. Sie entstehen als das Product einer krankhaft veränderten Schleimhaut des Gallengangsystems. Diese Veränderung bezeichnet man als lithogenen Catarrh.

---

[1]) Naunyn, Klinik der Cholelithiasis. 1892. p. 86.
[2]) Kehr, Diagnostik der Gallensteinkrankheit. 1899.



Die chemische Untersuchung zahlreicher Gallensteine ergab, dass sie aus Stoffen bestehen, die auch in der normalen Galle stets vorhanden sind, es sind das Cholesterin und Bilirubin und Kalk. In den Gallensteinen erscheint der Kalk an Bilirubin gebunden als Bilirubinkalk. Wie kommt nun das Cholesterin und der Kalk in die Galle? Naunyns und seiner Schüler Untersuchungen an Fistelhunden haben unwiderleglich nachgewiesen, dass beide vom allgemeinen Stoffwechsel und von der Nahrung unabhängig sind, dass sie vielmehr von der Schleimhaut der Gallenwege herstammen. In den abgestossenen Epithelien der Gallenblase sieht man das Cholesterin in feinsten Kügelchen bis zu grossen Tropfen erscheinen; es quillt aus den Zellen hervor und schreitet, ohne vorher gelöst zu werden, schnell zur Crystallisation; Cholesterinmassen von 0,7 mm. Durchmesser geben auf Schliffen bereits crystallinische Structurbilder; das ist die erste Anlage der Gallensteine. Auf den Cholesterinkern schlägt sich der Kalk nieder; Kalk findet sich überall, wo Mucin sich findet, er stammt aus dem Mucin. Durch Steinmanns Untersuchungen wissen wir, dass Eiweisslösungen aus Lösungen von Kalksalzen Kalk fällen, und es ist höchst wahrscheinlich, dass auch bei der Bildung von Gallensteinen diese Eiweisslösungen als Kalkfäller wirken. Eiweisslösungen finden sich aber überall da, wo Transsudationen vorkommen; Transsudation ist aber ein Element des Entzündungsvorganges: und nun verstehen wir, wie ein Catarrh der Schleimhaut der Gallenwege Eigenschaften gewinnt, für die wir an anderen Schleimhäuten schwer ein Analogon finden — d. h. lithogen wird.

Jetzt erschienen die von Alters her bekannten Tatsachen, die in der Aetiologie der Gallensteinerkrankungen eine hervorragende Rolle zu spielen schienen, in einem anderen Lichte. Schon lange wusste man, dass Gallensteine das weibliche Geschlecht bevorzugen; nach der zuverlässigten Statistik von Schröder (Strassburg) leiden Frauen in 20,6 %, Männer nur in 4,4 % an Gallensteinen; unter den Frauen praevalieren diejenigen, die geboren haben oder solche, die Schnürleber haben; mit zunehmendem Alter werden die Gallensteine häufiger, vor dem 30. Jahre sind sie selten. Mit Recht durfte man ein gemeinsames Moment suchen, das die Verknüpfung dieser Tatsachen gestattete, und man sah es ohne Widerspruch in der Stauung der Galle durch Schnüren der Kleidung, Gravidität und gebückte Haltung. Die Stauung der Galle erzeugt den Catarrh der Gallenwege.

Inzwischen waren unsere Anschauungen über die Entstehung der Entzündung im allgemeinen und der Schleimhautcatarrhe im Besonderen durch die Lehre von der Rolle der Mikroorganismen befruchtet worden. Der Stauung erwuchsein mächtiger ätiologischer Concurrent in der Infection. Nun beobachtete man aber paradoxe Verhältnisse: man fand catarrhalische Galle häufig steril, oder trotz der Infection der Gallenwege mit Microorganismen blieb der Catarrh aus. Schliesslich sah man ein, dass weder das eine Moment allein für sich, noch das andere die entscheidende Bedeutung habe, sondern dass hier die Verhältnisse sehr analog lagen wie bei den catarrhalischen Affectionen der Harnwege. Stauung und Infection in Gemeinschaft, a tempo, oder letztere der ersten folgend, führen mit Sicherheit zum Catarrh. Die Infection kann dabei nur temporär bestanden haben, ganz passager gewirkt haben, während die anatomische Schädigung bestehen bleibt. Auf diese passageren Infectionen der gestauten Galle ist besonders hinzuweisen. Die meisten Gallensteine — oft sind es hundert, ja tausend — sind meist von einer Grösse, von einem Schichtungstypus, ihre Anlage muss also in einer einzigen, kurz bemessenen Zeitphase entstanden sein, und mit Recht dürfen wir diese passageren Infectionen für sie verantwortlich machen; hört die Infection auf, so finden wir die Steine in steriler Galle. Nur selten findet man in der Gallenblase Steine verschiedener Art.

Unter den Microorganismen, die die Gallenwege inficieren, nimmt die erste Stelle das Bacterium coli ein, dann folgen die vulgären Eitererreger, dann das Bacterium typhi, selten der Influenzabacillus; für das Bacterium typhi ist Galle ein in der Technik bekanntes Anreicherungsmedium; es kann Jahre lang die Gallenwege besiedeln, und indem der „Bacillenträger" für die Umgebung als Typhusverbreiter gefährlich wird, läuft er selbst Gefahr, an Gallensteinen zu erkranken, sobald Gallenstauung hinzutritt.

So haben wir denn für unsere pathogenetische Auffassung der Cholelithiasis auf der ganzen Phalanx Anschauungen gewonnen, die sich von Grund aus von den Ansichten der Vergangenheit unterscheiden und die sich gruppieren um den Begriff des lithogenen Catarrhs, hervorgerufen durch Stauung und Infection.

Haben sich Steine in der Gallenblase gebildet, so sind sie zunächst ganz unschuldige Bewohner derselben. Nur gelegentlich kommt es zu einem Magendruck — ohne Zweifel der Tensionsschmerz der überfüllten Gallenblase — die Galle wird ausgetrieben, die ganze Scene ist vorüber. Nur ein Zehntel der Gallensteinträger hat dauernde oder wiederkehrende Beschwerden heftigerer Art. Diese Beschwerden gruppieren sich vorwiegend um 2 Vorgänge: um die Cholecystitis und den Choledochusverschluss mit allen ihren Variationen und Folgen. Wenden wir uns zunächst der Cholecystitis zu.

Alle älteren Aerzte, ja selbst Naunyn, sahen als Grundlage des heftigen Gallensteinanfalles, der Gallensteinkolik, den Eintritt des Concrementes in den Ductus cysticus an. Die sich damit verknüpfende Cholecystitis erschien ihnen als Folge, als Begleiterscheinung, wie Naunyn wörtlich sich ausdrückt. Als sich aber die Erfahrung mehrte, — die aus chirurgischen Eingriffen folgte — sah man die Sache anders an. Riedel[1]) sprach es kurz und klar aus, dass die acute Cholecystitis nicht die Begleiterscheinung des Anfalles ist, sondern ihre einzige und directe Ursache. Die entzündete Blase reagiert gegen ihren Inhalt, sie verträgt keine Tension, und durch die Tenesmen wird der Stein vorgeschoben; er verlegt den Cysticus, oder er passiert ihn. Das Missverhältnis zwischen Stein und Cysticuslumen macht das Passieren des Cysticus zu einem seltenen Ereignis bei einem erstmaligen Anfall; erst wiederholte Koliken erweitern ihn allmählich. Erfolglose Gallensteinanfälle sind daher die Regel. Der Anfall ist vorüber, sobald durch Nachlass der Entzündung die Blasenwand toleranter geworden ist gegen dis Tension. Oder aber Galle fliesst neben dem Stein; dann lässt der Anfall schon früher nach, w[illegible] die Tension nachlässt. Wie der Stein im Cystic[illegible] wirkt die einfache Schleimhautschwellung, die in gleich[illegible] Weise den Cysticus verlegen kann. In jedem F[illegible] wird bei noch zarter Gallenblase die Blase sich deh[illegible] und als prallelastischer Tumor fühlbar sein, der in [illegible]nigen Tagen entsteht und wieder verschwindet. Da[illegible] ist der eigentliche Gallensteinanfall beendet und entwe[illegible] Genesung eingetreten durch Steinabgang — der [illegible] Weitem seltenere Fall — oder Latenz durch Aufh[illegible] der Entzündung. Ist der Stein nicht abgegangen, [illegible] droht das Recidiv; im Wechsel der Zeiten folgt [illegible] Anfall dem anderen — die Cholecystis recidiviert, [illegible] je häufiger das stattfindet, desto mehr neigt die [illegible]

---

[1]) Riedel, Penzoldt u. Stintzing, Handbuch, [illegible] 1896.

zur Schrumpfung, indem aus einem oberflächlichen Catarrh der Mucosa eine tiefgreifende, alle Schichten der Wand durchsetzende Entzündung entsteht, die selbst vor dem peritonealen Ueberzuge nicht halt macht. Unter Abstossung der geschwürig veränderten Mucosa verdickt sich die fibröse Elastica und der peritoneale Ueberzug; ihr Inhalt verwandelt sich in Schleim oder schleimigen Eiter. Das Uebergreifen auf das Peritoneum wird dadurch erleichtert, dass die Entzündung den Luschkaschen Gängen folgt; „dann kommt es zu der allen Chirurgen bekannten serösen und serös-eitrigen Durchtränkung der ganzen Serosaumhüllung der Gallenblase" [2]). Auch ohne Perforation kommt es so leicht zu Adhaesivperitonitis und im Gefolge zu pericystitischen Adhaesionen, während die durch die chronische Entzündung in lebhafte Wucherung geratenen Luschkaschen Gänge die erste Anlage zur Carcinombildung abgeben.

Bleibt der Cysticus nicht offen, sondern wird er dauernd verschlossen, was seltener durch Steine geschieht als durch Obliteration nach einer Entzündung, dann hängt alles Weitere von der Intensität der Infection ab, klingt sie ab, wird der Inhalt steril, so bildet sich der Hydrops vesicae felleae aus, dauert sie fort, so vereitert der Inhalt, oder ein bereits gebildeter Hydrops kann secundär vereitern. Einmal sah ich an einer Gallenblase beides: Hydrops und Empyem, beide durch eine Scheidewand getrennt.

War die Entzündung von vorne herein so intensiv, dass der ganze Inhalt sofort vereitert, so sprechen wir von dem primären Empyem der Gallenblase, der Cholecystitis acutissima Körtes [3]). Durch schnelles Durchsetzen der Wand und Propagation der eitrigen Entzündung aufs Peritoneum ist sie diejenige Gallenblasenentzündung, welche das Leben stark bedroht.

Immer erneuten Angriffen hält der enge, gewundene Cysticus nicht Stand, unter Verdickung seiner Wandung dilatiert schliesslich das Lumen, und der normal für eine Sonde nicht passierbare Gang wird, unter Verlust seiner Windungen und Falten, ein gestreckter, kurz und weit genug, um Steinen von Erbsengrösse und mehr die Passage zu gewähren. Die Steine gelangen in den Choledochus, wo sie im duodenalen Teil oder an der Papille, der engsten Stelle des Choledochus, erneut stecken bleiben. Es kommt zum acuten Choledochusverschluss.

Die Wirkung des im Choledochus incarceriesten Steines ist zunächst eine rein mechanische: er hindert den Gallenabfluss entweder ganz oder teilweise. In 60 von 100 Fällen tritt Icterus auf, als mechanischer Stauungsicterus oder als, wie man neuerdings will, infectiöser cholangitischer Icterus. Weder für das eine, noch für das andere pathologische Princip möchte ich mich entscheiden; wie so oft in der Pathologie — Krehl hat das zum so und so vielten Mal betont — concurrieren in der Pathogenese mehrere Momente. Beide im gleichen Sinne wirkend, jedes für sich und beide zusammen können eine und dieselbe Erscheinung zur directen oder indirecten Folge habe, sodass der heute mehr unter den chirurgischen Pathologen entbrannte Streit, ob der Icterus bei dem Choledochusverschluss „lithogen oder infectiös" ist, im obigen Sinne eine nicht nur bequeme, sondern gewiss auch richtige Erledigung findet. Sicher ist, dass die im Choledochus gestaute Galle leicht inficiert wird, dass der Infection eine Cholangitis folgt, und diese weitere Ursache fortgesetzter Choledochuskolik wird; das Spiel wiederholt sich hier wie bei der entzündeten Gallenblase. Das ist der gewöhnliche Vorgang beim acuten Choledochusverschluss; für die Passage ist der Choledochus geeigneter als der Cysticus, und viele acute Anfälle enden mit dem Abgang des Steines. Der Stein kann aber auch im Choledochus stecken bleiben. In Ausnahmefällen, die bereits Naunyn kannte, verläuft dieser Zustand vollkommen beschwerdefrei, eine Tatsache, die besonders betont zu werden verdient; gewöhnlich kommt es aber zu dem Bilde des chronischen Choledochusverschlusses: passagere Koliken, wechselnder Icterus und cholangitische Erscheinungen; immer mehr verfallen auch die hepatischen Gallengänge der Infection; es etabliert sich ein Catarrh der intrahepatischen Aeste; das Lebergewebe kann noch ganz frei sein von Entzündungen; dauert aber der Process fort, oder ist die Infection intensiv, so überschreitet die Entzündung die Barriere der Gallengangswand, es bilden sich pericanaliculäre Abscesse, dann Abscesse in der Lebersubstanz, womit das Gebiet des portalen Kreislaufes inficiert wird, und die Scene pylephlebitischer Processe wird eingeleitet. Die Gallenblase braucht bei diesem Process sich nicht weiter zu beteiligen, wenigstens im klinischen Sinne nicht. Es gehört zu den Ausnahmen, dass bei chronischem Choledochusverschluss durch Stein die Gallenblase als Tumor erscheint, was ja nur bei zarter Wand und offenem Cysticus möglich ist. Dem chronischen Choledochusverschluss sind gewöhnlich so zahlreiche Blasenattaquen vorausgegangen, dass die Blase sich schon längst im Schrumpfungsstadium befindet, wenn der Verschluss des Choledochus erfolgt. Umgekehrt ist es bei dem Verschluss des Choledochus durch Tumor. Da Courvoisier [1]) der erste war, welcher diese Zustände klar legte, bezeichnen die Chirurgen diese Tatsache als — Courvoisiersches Gesetz.

Tritt in einem Fall von Gallensteinleiden weder Latenz ein, noch Abgang von Steinen, so droht dem Träger noch eine weitere Reihe von Gefahren. An erster Stelle stehen die Peforationen. Zur freien Perforation in die Bauchhöhle neigt am meisten die Gallenblase; zarte fast intacte Gallenblasen können perforieren: ich sah eine zartwandige Blase perforieren, die einen solitären, glatten, taubeneigrossen Gallenstein enthielt; meist aber perforieren die geschrumpften Blasen; die Reaction des Peritoneums bei Gallensteinperforationen ist eine sehr eigentümliche, je nach der Infectiosität der Galle: einmal fand ich 5 Liter galliges Serum fast vom Aussehen reiner Galle im Abdomen, ein ander Mal ein mehr sulziges fibrinöses Exsudat, meist aber Eiter. In einer anderen Reihe folgt der Perforation nur eine locale Entzündung: ein pericystischer Abscess oder adhaesive Formen, aus denen später die mannigfachsten Verwachsungen hervorgehen.

Brechen die pericholecystischen oder pericholedochalen Abscesse nicht nach aussen durch, — was meist unter dem Rippenbogen oder am Nabel erfolgt — so wählen sie die Perforation nach innen, die Fistelbildung; die häufigsten sind die Duodenal- und Colonfisteln, aber schliesslich giebt es kein Organ, zumal kein Hohlorgan im Abdomen, in das hinein sich nicht einmal ein Gallenabscess entleert hätte: Gallensteine sind aus der Harnblase durch Lithotripsie entfernt worden oder zusammen mit einem Foetus an der Aussenwelt erschienen. Beides grosse Ueberraschungen.

Die practische Bedeutung des Gallensteinileus ist nur eine sehr geringe. Kehr hatte es bei 720 Gallensteinlaparatomien nur 3 Mal mit ihm zu tun; um so interessanter mag die Entschleierung manch mystischer Krankengeschichten sein, die es kaum glaubwürdig

---

[2]) Aschhof. Verhandl. der pathol. Gesellsch. IX Tagung. Jena 1906. pag. 41.

[3]) Körte. Archiv für klin. Chirurgie. 1903. Bd. 69.

[1]) Courvoisier, Beiträge zur Pathologie und Chirurgie d. Gallenwege. Leipzig 1895.

machen, dass kleine Gallensteine einen Occlusionsileus verursachen können, oder dass eigrosse Steine den Choledochus passiert haben sollen. Viele dieser Krankengeschichten sind doch nicht brauchbar. Steine, die grösser als Haselnüsse sind, haben die Gallenwege nicht per vias naturales verlassen, sie sind perforiert. Die directen Folgen des Perforationsvorganges — circulatorische Schädigung der Darmwand während der Perforationsperiode — oder spätere Folgen — Stenosierung durch adhaesive Peritonitis — das sind offenbar die Hilfsmomente in erster Linie, auf die wir recurrieren müssen, um die meisten Fälle von Gallensteinileus richtig zu deuten. Auch einzelne Fälle von Cholecystitis verlaufen unter dem Bilde des Ileus oder combinieren sich mit ihm.

M. H. Eine cursorische Darstellung der Gallensteinpathologie wäre hiermit nach der pathologisch-anatomischen Seite hin vielleicht genügend skizziert; ich habe mich bemüht, so kurz als möglich zu sein. Aber sie wäre unvollständig, wenn nicht zum Schluss noch Rücksicht genommen würde auf einige Fragen der Klinik, deren Entscheidung in letzter Linie ja abhängig sein muss von pathologischen Gesichtspunkten. Diese Fragen, welche in unserem Kreise wohl am meisten zur Discussion Veranlassung geben dürften, betreffen diagnostisch-prognostische Hinweise und therapeutische Indicationen. Ich glaube am zweckentsprechendsten zu handeln, wenn ich mich auf eine Auswahl dieser Fragen beschränke, diejenigen etwa, denen wir heute eine moderne Formel geben, und wenn ich sie ganz kurz, etwa in der Art von Thesen zum Ausdruck bringe.

1) Der I c t e r u s, den N a u n y n (loc. cit., p. 84) noch „natürlich immer als das sicherste Zeichen der Gallensteinkolik“ bezeichnete, fehlt in 80—90 % der Fälle von Cholecystitis und in 35 % der Fälle von Choledochusverschluss. Wir müsssen es also lernen, ganz ohne Icterus diagnostisch fertig zu werden.

Beim Choledochusverschluss dürfen wir ihn nicht wie bisher ausschliesslich als Folge mechanischer Rückstauung der Galle auffassen, sondern sollen auch an cholangitische Schwellung der Mucosa denken. Der Icterus bei Cholecystitis ist jedenfalls nicht anders zu erklären.

2) Ein G a l l e n b l a s e n t u m o r ist nur da denkbar, wo der Cysticus acut oder chronisch verschlossen ist. Die chronisch recidivierende Cholecystitis mit offenem Cysticus neigt unweigerlich zur Schrumpfung, wenn sie nicht etwa durch eine Ueberfüllung mit Steinen ausgedehnt erhalten wird. Die Diagnose muss also auch ohne Gallenblasentumor gestellt werden.

3) F i e b e r dürfte dauernd nur selten fehlen. Es begegnet uns als kurz dauerndes Kolikfieber mit Schüttelfrost vergesellschaftet. Ich kann durchaus bestätigen, dass der Frost häufig der Kolik vorausgeht, genau unserer heutigen Anschauung entsprechend — die Entzündung geht der Kolik voraus. In einer zweiten Form begegnet uns das Fieber als intermittierendes oder remittierendes Gallenfieber. Wenn ein Patient oder auch Arzt, dem der Plasmodienbeweis zu umständlich ist, von chronischer Malaria spricht, so denke man unter anderem auch hieran. Schweres Gallenfieber mit Schüttelfrösten und Schweissausbrüchen kann einem rein cholangitischen Catarrh entsprechen, ohne Abscessbildung in der Leber. Es ist zur Operation nicht zu spät, es verschwindet nach einer Hepaticusdrainage; das scheint mir besonders wert der Betonung.

4) Die s c h m e r z h a f t e L e b e r s c h w e l l u n g, die früher eine so grosse Rolle in der Diagnose spielte, fehlt meist, so lange der Process auf Gallenblase und Cysticus beschränkt ist; sie ist als cholangitisches Zeichen aber häufig beim chronischen Choledochusverschluss.

Was nun die Indicationen für die Behandlung anbetrifft, so hat auch hier die Klinik nur dann das Recht der Entscheidung, wenn sie pathologische Gesichtspunkte nicht ignoriert.

Der acute Choledochusverschluss verlangt ein abwartendes Verfahren. Beim chronischen Verschluss ist das anders — hier ist das Sprudeltrinken gefährlicher als das Bauchaufschneiden, sagt K e h r drastisch. Ich halte beide Thesen vor der Hand für unerschütterlich.

Strittig ist das Verhalten bei Cholecystitis acuta, und hier sehen wir ungefähr das sich abspielen, was wir schon bei der Appendicitis kennen gelernt haben. Die einen wollen abwarten, die anderen operieren. Festhalten müssen wir, dass schwere Cholecystitis häufig in wunderbarer Weise zurückgeht ohne operativen Eingriffe, mittelschwere und leichte fast immer. Für die practischen Aerzte erscheint der Standpunkt K ö r t e s der annehmbare, der nur in Fällen von Cholecystitis acutissima die Operation empfiehlt. Leichter dürfte die Entscheidung für die chronisch-recidivierende Cholecystitis ausfallen. Eine prophylactische Therapie, die mit allen Mitteln Perforationen aus dem Wege gehen will, giebt uns das Recht, überall da die Ectomie zu empfehlen, wo eine mangelnde Tendenz zur Latenz vorliegt. Die Gefahr der Perforation steigt mit den Jahren. In eigener Praxis habe ich sie 4 Mal erlebt; in keinem Falle wäre sie zu vermeiden gewesen, es sei denn durch einen chirurgischen Eingriff; durch einen solchen wurde eine Patientin zwar gerettet, drei starben mit und ohne Operation.

M. H. Nur durch Erweiterung und Vertiefung unserer Kenntnisse in der pathologische Anatomie der Gallensteinerkrankungen sind die Erfolge in der Therapie geschaffen worden, auf die die heutige Generation der Aerzte mit Stolz zurückblicken kann. „Die Betrachtung der pathologischen Anatomie der Gallensteinerkrankungen war von jeher mein Lieblingsthema“, sagt K e h r, und wer so denkt, wie dieser Meister der Therapie der Gallensteinerkrankungen, wird den ehemaligen Standpunkt N a u n y n s heute nicht mehr sich zu eigen machen, sondern der Forderung K e h r s zustreben, specielle Gallensteindiagnosen zu stellen. Seitdem die chirurgische Therapie aber neben der internen beständig zu erwägen ist — wird auch der practische Arzt um die specielle Diagnostik der Gallensteinerkrankungen nicht mehr herumkommen.

Aus dem Sanatorium
Dr. S c h ü t z - W i e s b a d e n.

Ueber chronische Magen-Darmdyspepsie und chronische dyspeptische Diarrhöen.

Von

R. S c h ü t z.

In den letzten 12 Jahren wurde von E i n h o r n [1]), O p p l e r [2]) und m i r [3]), weiterhin von R o s e n h e i m [4]), A. S c h m i d t [5]) u. a. über c h r o n i s c h e D i a r r h ö e n g a s t r i s c h e n U r s p r u n g s berichtet, und ich habe dieses Leiden bei Kindern von 4—6 Jahren beschrieben [6]). Inzwischen ist (bis Ende 1907) mein Material auf 143 E r w a c h s e n e und 12 K i n d e r angewachsen.

Wie ich schon früher [3]) bemerkte, beherrschen die Diarrhöen das Krankheitsbild meist völlig. Zum Teil klagen die Kranken ausserdem über Magenbeschwerden oder zeigen Folgeerscheinungen, und zwar sowohl lokaler Natur, insbesondere betreffs des D a r m k a n a l s selbst,

als allgemeiner Art, Störungen des Nervensystems und der Ernährung.

Beginn. Die grosse Mehrzahl aller Patienten, 60—70 %, erkrankt zwischen dem 1. und 30. Lebensjahr, etwa der siebente Teil der Männer und beinahe der dritte Teil der Frauen bereits im ersten Jahrzehnt. Vom zehnten Jahr ab geht die Erkrankungszahl bei beiden Geschlechtern auf wenige Procente herunter, steigt vom 18.—29. Jahr stark (bei den Männern auf 40 Procent, bei den Frauen etwas weniger hoch) und fällt vom 30. Lebensjahr ab, bei den Männern gleich auf die Hälfte, bei den Frauen mehr allmählich; nach dem 50. Lebensjahr kommen nur noch einzelne Erkrankungsfälle vor.

Bei etwa 10 % der Kranken traten die Durchfälle während vieler Jahre, selbst Jahrzehnte immer nur in Form kurzer Anfälle auf, nach Genuss verschiedenster Speisen, nach Erkältungen, Aufregungen etc. Bei weiteren 30 % (26 % der Frauen) wurde nach einem solchen Beginne die Krankheit allmählich stationär; bei den übrigen 60 % setzte sie gleich in voller Stärke ein.

Dauer. Fast die Hälfte aller Patienten und sämtliche im ersten Jahrzehnt Erkrankte litten bei Beginn der Behandlung zwischen 12 (resp. 15) und 43 Jahren an Diarrhöen, und zwar bei einem Lebensalter von durchschnittlich 38—54, resp. 21—48 Jahren. Bei den nach dem 18. Jahr Erkrankten weist dagegen nur ein Drittel solch' lange Diarrhödauer auf (12 bis 41 Jahre bei einem Alter von 42—65 Jahren). Das 1. Jahrzehnt bietet alzo betreffs der Krankheitsdauer weitaus die ungünstigsten Verhältnisse; bei manchen Kranken begann das Leiden schon im ersten Lebensjahre, ja in den ersten Monaten.

Aetiologie. Bei Besprechung der Aetiologie ist zunächst auf die weite geographische Verbreitung der Krankheit hinzuweisen. (Erfahrungen betreffs Deutschlands, zahlreicher europäischer Staaten, Amerikas und verschiedener tropischer Länder).

Wenn schon die starke Beteiligung des ersten Jahrzehnts an hereditäre Einflüsse denken lässt, so waren solche bei einer Reihe meiner Patienten in der Tat nachweisbar; auch bei 8 von 12 Kindern, darunter die 3 früher [6]) von mir besprochenen Geschwister. Es gibt anscheinend Menschen mit primär, evtl. hereditär functionsschwachem Magen-Darm, welcher selbst gegenüber der geregelten Ernährungs- und Lebensweise des ersten Jahrzehnts sich mehr oder weniger unzulänglich erweist.

Die grosse Bedeutung der Lebensweise erhellt am besten aus den gegensätzlichen Verhältnissen des 2. und 3. Jahrzehnts. Ersteres: günstige Ernährungs- etc. Bedingungen im Elternhause, besonders niedrige Erkrankungsziffer. Vom 18.—20. Jahr ab (meist bis zum Ende der zwanziger Jahre) mehr oder weniger ungeregeltes Junggesellenleben (Studenten, junge Offiziere und Kaufleute etc.) *): Die Erkrankungsziffer schnellt von wenigen Procenten (2. Jahrzehnt bis zum 18. Lebensjahr) auf über 40 % hinauf (und geht vom 30. Jahr an gleich wieder auf die Hälfte herunter). In der Zeit vom 18. bis 29. Jahr erkrankt offenbar der grösste Teil der Männer, deren Verdauungsorgane nur „relativ leistungsfähig" sind.

Dieser Einfluss der Lebensweise zeigt sich auch darin, dass unter den Männern bestimmte Berufsarten (Studierte, Offiziere etc.), noch mehr die Junggesellen überwiegen. Umgekehrt scheint nach der Statistik den Frauen die Ehe in dieser Hinsicht weniger günstige Verhältnisse zu bieten (Einfluss wiederholter sich rasch folgender Schwangerschaften? etc.).

*) **Mein Krankenmaterial entstammt fast ausschliesslich den besitzenden Klassen.**

Unter den Schädlichkeiten stehen oben an unregelmässige Ernährung und reichlicher Alkoholgenuss, insbesondere das übermässige Trinken kalter Getränke, und demgegenüber tritt keine der Schädlichkeiten, die sonst beschuldigt wurden, nur einigermassen hervor (Tabak, körperliche oder geistige Ueberanstrengungen, Gemütsbewegungen, Erkältungen), ebensowenig Krankheiten irgend welcher Art. Höchstens wäre Chlorose und starke Nervosität zu erwähnen und die Bedeutung schlecht gepflegter Zähne und hastigen Essens hervorzuheben. Dagegen ist es unverkennbar, dass bei bereits bestehendem Leiden Erkältungen und psychische Erregungen teilweise ungünstig wirken.

Magen und Darm. Die grosse Mehrzahl aller Patienten klagte niemals über irgend welche (resp. irgend erhebliche) Magenbeschwerden; auch blieb der Appetit meist gut.

Die Diarrhöen können in mannigfacher Weise auftreten, entweder in Perioden von sehr verschiedener Dauer (Tage, Wochen, Monate), oder ganz unregelmässig, oder aber sie bestehen ununterbrochen viele Jahre, selbst den grössten Teil des Lebens (15, 20, 35 Jahre und länger). Bei den periodisch verlaufenden Formen sind die diarrhöfreien Zeiten gleichfalls unterschiedlich, kombinieren sich mit den Diarrhöperioden in mannigfacher Weise und betragen manchmal Jahre. Bei einem Teil der Kranken besteht dann Neigung zu Verstopfung.

Ein Teil der Kranken hat ausser den Diarrhöen keinerlei oder nur geringe Darmbeschwerden, wie Gurren, Unruhe im Leib, Unbehagen etc. Zahlreiche andere aber klagen über Leibschmerzen von sehr verschiedener Stärke und Dauer, die entweder allgemeiner Art sind, nicht localisierbar, oder localer Natur, entsprechend dem Verlauf des Colon, resp. dessen einzelner Abschnitte. Manche werden durch starken Stuhldrang oder chronisch recidivierende Afterkrämpfe gequält; selbst das Bild einer schweren nervösen Schleimkolik habe ich unter dem Einfluss eigenartiger psychischer Erregungen sich entwickeln gesehen [7]).

Magenbefunde. Die Untersuchung des Mageninhalts ergab bei dem grössten Teil der Kranken, auch der Kinder, herabgesetzte Salzsäurewerte, bei manchen gesteigerte oder normale, resp. annähernd normale. Im 6. Teil der Fälle — darunter 1 Knabe von 3 Jahren — fand sich Achylia gastrica; beinahe der vierte Teil der Kranken mit Hyposecretion hatte zugleich Atonie, daneben auch ein Achyliker und einzelne Personen mit normaler oder nur wenig herabgesetzter Secretion.

Es wäre also nach den heute eingebürgerten Begriffen die Hyposecretion als diejenige Störung der chemischen Magenfunktion zu bezeichnen, die bei Dyspepsiekranken — neben Achylie — vorherrscht. Nun giebt aber nach neueren Anschauungen die Menge der „freien" Salzsäure niemals ein exactes Bild der Secretion, und man kann nicht mit Sicherheit sagen, ob die von uns gefundenen Salzsäurewerte wirklich eine verminderte Secretion des Magens bedeuten, oder ob nicht eine etwas verlangsamte Entleerung dazu führt, dass sich mehr Eiweisstoffe im Magen ansammeln und die Salzsäure in höherem Masse neutralisieren. Jedenfalls waren die bei der grossen Mehrzahl meiner Patienten gefundenen HClzahlen meist niedriger, manchmal auch höher, als die physiologischen, die Ergebnisse der Magensecretionsuntersuchungen wichen also von der Norm meist ab.

Fäcesbefunde. Auf die Besprechung der Fäcesbefunde, sowie der Untersuchungsmetoden kann ich hier nicht näher eingehen und verweise desshalb, insbesondere auch betreffs der Schmidt-Strasburger-schen Probekost, auf meine früheren Ausführungen [6]), [8]), [9]).

Bei der Störung, die uns hier beschäftigt, werden die Nahrungsbestandteile — Muskel, Bindegewebe,

Fett, Stärke — durch die Fäses in abnormen Mengen ausgeschieden. Der Nachweis geschieht durch die makro- und mikroskopische Untersuchung; *) zur Diagnose der Kohlehydratstörungen dient ausserdem die von Schmidt-Strasburger [10]) eingeführte Prüfung der Nachgährung mittelst der Brutschrankprobe **).

Meine Untersuchungen haben ergeben, dass unter 117 Kranken (einschliesslich 10 Kinder), welche die Probekost von Schmidt und Strasburger erhielten, 101 (davon 8 Kinder) Bindegewebe in pathologischer Menge ausschieden — dass ferner von 99 Patienten die abnorme Ausscheidung bei 26, und zwar in 8% aller untersuchten Fäces, das Muskelgewebe betraf, bei 71 Personen in 48% der Stühle Fett, bei 56 in 37% der Stühle Stärke.

Es zeigte sich (wie schon aus diesen Zahlen hervorgeht), dass isolierte Störungen relativ selten sind, sie finden sich fast nur betreffs Bindegewebes und Fetts (isolierte Stärkeinsufficienz habe ich nur einmal beobachtet). Vielmehr handelt es sich meist um kombinierte Störungen, an denen 2, 3 oder alle 4 Componenten beteiligt sind, und zwar Bindegewebe bei 81%, Muskelgewebe bei 29%, Fett bei 78%, Stärke bei 61% der Patienten. Indes zeigt die Ausscheidung des Muskelgewebes in der Mehrzahl der pathologischen Fälle nur gelegentliche Steigerung, seltener wechselt sie stark, nur ausnahmsweise ist sie regelmässig gesteigert. Die Ausscheidung der Stärke schwankt meist sehr, die des Fetts hat entweder gleichfalls diesen Typus oder ist im allgemeinen resp. regelmässig gesteigert. Dieses Verhalten muss man berücksichtigen, um die tatsächliche Bedeutung und den wirklichen Umfang der einzelnen Störungen richtig zu bewerten.

Die Frage, ob hinsichtlich der Ausscheidung der einzelnen Nahrungsbestandteile bestimmte Charaktere der Darmstörung zu unterscheiden sind, entsprechend der jeweils vorliegenden Magenstörung — diese Frage ist dahin zu beantworten, dass Darmstörungen aller Art bei den verschiedensten Aenderungen der Magenfunction vorkommen. Von dieser Regel machen, wie ich nachgewiesen habe, auch die diarrhoischen Stühle der Achyliker keine Ausnahme, die v. Tabora [13]) von denjenigen der anderen Dyspeptiker grundsätzlich trennen wollte.

Man kann die sämmtlichen, untersuchten Stühle in 3 Kategorien trennen und unterscheiden:

die manifeste Dyspepsie (Stühle diarrhoischer Consistenz), eine partiell latente und eine völlig latente Dyspepsie, je nachdem gebundene Stühle deutliche Merkmale der Dyspepsie oder keine solchen zeigen. Unter 1088 von mir untersuchten Fäces sind nur 279 = 26% diarrhoische (manifeste Dyspepsie). Von den 809 = 74% gebundenen gehören nur einige wenige der 3. Kategorie an, der völligen Latenz. Vielmehr verrät sich der pathologische Verdauungsvorgang zum mindesten durch stark alkalische (seltener saure) Reaktion und abnormen Geruch. Weitaus die meisten gebundenen Stühle aber weisen deutlichere Erscheinungen der Dyspepsie auf, die im ganzen den gleichen Umfang haben, wie bei den diarrhoischen Stühlen.

Nicht die diarrhoische Consistenz ist danach das eigentlich Entscheidende bei der hier beschriebenen Magen-Darmaffection, sondern die in dem Fäcesbefund sich aussprechende Störung der secretorischen resp. resorptiven und wohl auch der baktericiden Magen-Darmfunktion. Und diese Feststellung möchte ich als das wesentliche Ergebnis meiner Untersuchungen ansehen.

Auch die bakteriellen Verhältnisse zeigen — wie ich schon vor 7 Jahren bemerkt habe [3]) — bei den Dyspepsiekranken eigenartige Aenderungen gegenüber der Norm. Neben den normalen finden sich in wechselnder Menge sogenannte „wilde“ Darmbakterien, in erster Linie Hefen, dann Butyricus, Schimmelpilze, verschiedene Proteus-, Fluorescens- und andere Fäulnisbakterien etc., verschiedene Coccenformen etc., schliesslich — z. T. in ungeheuren Mengen — Sporen verschiedener Herkunft. Zum Teil konnte ich diese Bakterien aus den Fäces verschiedener Patienten reinzüchten.

Ergebnisse der Körperuntersuchung.

Folgezustände. Complicationen. Häufig handelt es sich um schlecht genährte und stark anämische, öfter zugleich auffällig kleine und schwächliche Leute von geringem Körpergewicht *). Andere zeigten leidliche oder gute Ernährung, und einige waren corpulent trotz jahrelang bestehender Diarrhöen. Die Resultate der Körperuntersuchung kann ich hier übergehen, da sie für das eigentliche Krankheitsbild in keiner Weise charakteristisch sind.

Unter den Folgezuständen ist vor allem des Katarrhs zu gedenken. Er fehlte bei keinem der untersuchten Patienten auf die Dauer ganz, war aber nur bei der Minderzahl erheblich, vielmehr meist mässig, ja setzte öfter zeitweise aus. Indes beweisen häufige Erythro- und Leukocytenbefunde (letztere oft in dichtester Lagerung als Eiter), dass diesen Katarrhen eine ernste Bedeutung zukommt: sie tendieren zu Geschwürsbildung und können zu schweren Complicationen führen. So sah ich bei einem Kinde eine erhebliche Darmblutung (nach dem ganzen Befunde offenbar Dünndarmgeschwür), bei 2 weiteren Patienten eitrige, bei einem vierten (Achyliker) hämorrhagische Proctitis. Und es liegt die Annahme nahe, dass derartige Entzündungsprocesse — ebenso, wie die auf dem Gebiet der Darmflora sich abspielenden Vorgänge — für die Aetiologie der Appendicitis von Belang sein könnten.

Als weitere Folgezustände chronischer dyspeptischer Diarrhöen sind zu erwähnen: exsudative Polyarthritis (2 Fälle, darunter einer der Patienten mit eitriger Procititis), recidivierende multiple Sehnenscheidenentzündung (1 Fall) — beide Affektionen hoch fieberhaft — 1 Fall letal verlaufender Sepsis, schliesslich Intoxikationserscheinungen — cerebrale, Herz-, Vasomotorensymptome, Urticaria, Tetanie (3 Fälle), Skorbut (2), nervöse Erscheinungen mannigfacher Art und (z. T. schwere) Neurasthenie.

Von Complicationen ist an erster Stelle die Lungentuberculose zu erwähnen. Wir haben eine Reihe von Kranken, z. T. mit ausgeheilter, z. T. mit ausgedehnter Phthise wegen chronischer Diarrhöen behandelt, die seit Monaten bis zu 1½ Jahren — bei einer 46-jährigen Frau seit Kindheit — bestanden.

Die Behandlung hatte meist einen vollen oder doch befriedigenden Erfolg, auch bei solchen Kranken, deren Phthise progredient blieb. Dazu hatten die Kranken einen (im Sinne der chronischen Magen-Darmdyspepsie) positiven Magen-Fäcesbefund. Ehe sie zu uns kamen, waren sie

*) Betreffs des mikroskopischen Bildes, das die Ausscheidung der verschiedenen Nahrungsbestandteile ergiebt, verweise ich auf die Werke von A. Schmidt-Strasburger [10, 11]), Ledden-Hülsebosch [12]), sowie auf meine eigenen Angaben [6]), [8]).

**) Ich habe das Verhalten der Nachgährung bei den Dyspepsiekranken eingehend geprüft; sie ist für die Erkennung der Stärkeinsufficienz von grosser Bedeutung, die in einer Minderzahl der Fälle — bei fehlendem mikroskopischem Befund — allein auf ihr basiert. Näheres [8]).

*) Unter den Männern (die juvenilen Fälle nicht mitgerechnet) wogen ca. 35 % undter 65, 60 % unter 70 kg., von den im Kindesalter Erkrankten sogar 50 % unter 65 und 80 % unter 70 kg. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei Frauen und Kindern (ein 13-jähriges Mädchen wog nur 24 kg.).

auf Darmtuberculose behandelt worden, zwei oder drei mit Tuberculin.

Man sollte also bei den Diarrhöen von Phthisikern an die Möglichkeit denken, dass sie nicht tuberculöser, sondern dyspeptischer Natur sind. Die dieser Auffassung entsprechende Therapie bietet den Kranken für die Heilung ihrer Diarrhöen ganz andere Aussichten, als die bei der Darmtuberculose übliche Behandlung mit Stopfmitteln, die meist gleichermassen versagt, ob es sich auch um tuberculöse oder dyspeptische Diarrhöen handelt. Und letztere nebst dem meist hinzukommenden Katarrh können den Tuberkelbacillen die Ansiedelung im Darm erleichtern. Ausserdem aber müsste bei der therapeutischen Uebterernährung der Phthisiker die individuelle Leistungsfähigkeit der Verdauungsorgane mehr als bisher berücksichtigt werden.

Von anderen Complicationen beanspruchen Fettleibigkeit und Diabetes ein gewisses Interesse, weil sie die diätetische Behandlung namentlich solcher Kranker sehr erschweren, die infolge ihre Darmstörung auf eine Ernährung vorzugsweise mit Kohlehydraten angewiesen sind.

Krankheitsverlauf. Die Frage, wie der Erfolg während der Behandlung sich gestaltete und inwieweit er von Dauer war, ist dahin zu beantworten, dass die Diarrhöen bei 79 % der Kranken verschwanden oder sich wesentlich besserten, während bei den übrigen 21 % eine geringere Besserung erzielt wurde. Nach der Behandlung — während der letzten 10 Jahre — blieb der Erfolg ein absoluter oder fast absoluter bei 27 und 39 %, teilweise befriedigend bei 19 %, genügte nicht bei 5 %, während 10 % der Kranken auszuscheiden sind, die ungenügend behandelt waren oder gleich nach der Behandlung in keiner Weise mehr Diät hielten. Die erwähnten 5 % bilden eine Gruppe schwerer Fälle (einzelne Jugendformen, Achyliker, schwere Fettdiarrhöen etc.), denen gegenüber die Therapie bisher versagt hat.

Die zweite Frage ist, ob und inwieweit die pathologische Ausscheidung der Nahrungsbestandteile, d. h. die Dyspepsie, therapeutisch zu beeinflussen war. Ich will — unter Uebergehung aller Details — mich kurz dahin zusammenfassen, dass bei etwa 33 % der Kranken diese Störungen während der Behandlung ganz zurückgingen, bei weiteren 9 % teilweise, während bei den übrigen 58 % die Ausscheidung der Nahrungsbestandteile (Fett, Stärke, Muskelgewebe, Fett) unbeeinflusst blieb.

Eine Bemerkung verlangt der weitere Krankheitsverlauf der Achyliker. Bei ihnen können anscheinend viel längere Zeit als bei den übrigen Patienten leichtere Diarrhöen bestehen, ohne zu schweren zu führen, — vermutlich deshalb, weil in den achylischen Mägen keine stärkere Säurebildung stattfindet. Der Dünndarm hat es also nur mit der ihm aufgebürdeten Mehrarbeit zu tun, ohne zugleich, wie bei den übrigen Patienten, durch einen stark sauren Speisebrei gereizt zu werden. (Einfluss der meist mit der Achylie verbundenen Hypermotilität?).

Behandlung und Körpergewicht. Bei relativ zahlreichen Patienten wurden während mehrwöchentlicher oder noch längerer klinischer Behandlung auffällig geringe Gewichtszunahmen erzielt, andere nahmen überhaupt nicht zu, oder das Körpergewicht ging sogar etwas zurück. Dabei handelte es sich vorwiegend um magere, ja elende Personen, bei denen auf schnelle Zunahme zu rechnen gewesen wäre, zumal die Diarrhöen sich meist rasch besserten.

Diese Beobachtungen legen den Gedanken nahe, dass nach Beseitigung der Diarrhöen eine Verdauungs- oder Resorptionsstörung bei einem Teil der Kranken bestehen bleibt; sie sprechen für die Bedeutung der nichtdiarrhoischen Dyspepsie, deren Wesen wir darin erblicken, dass die pathologische Ausscheidung der Nahrungsbestandteile in gebundenen Stühlen statthat.

Wie ist nun das hier geschilderte Krankheitsbild aufzufassen?

Der gesunde Organismus verfügt über zahlreiche Regulationsvorrichtungen. Fast alle Fermente sind zwei-, ja dreimal vorhanden, andere, wie Invertin und Lectase, finden sich in der ganzen Länge des Dünndarms, sodass gleichfalls eine bedeutende Compensationsmöglichkeit gegeben ist. So kann der Ausfall eines Ferments, ja eines ganzen Secrets compensiert werden. Ausserdem unterstützen mannigfache Bewegungsvorgänge in Magen, Dünn- und Dickdarm die Verdauungsarbeit in der Weise, dass sie es ermöglichen, den Magen-Darminhalt an irgend einer Stelle beliebig lange festzuhalten. Auch diese Bewegungsregulationen können einander vertreten.

Bei der Magen-Darmdyspepsie handelt es sich um Störungen der Function, der Secretion — wohl auch der Resorption — sowie der Motilität. Diese Störungen können ganz verschiedener Art sein, wie dies für den Magen und die verschiedenen Darmsecretionen nach den Ergebnissen unserer Magen- und Stuhluntersuchungen feststeht, für die Darmmotilität aus der Beobachtung des Krankheitsverlaufs sich ergibt. Ausserdem erfahren auch die bactericiden Vorgänge, die in Magen und Darm sich abspielen, offenbar eine Störung.

Welcher Art die Magenstörung im einzelnen Falle sein mag, stets wird der Speisebrei ungenügend verdaut in den Dünndarm gelangen und mit einer mehr oder weniger abweichenden chemischen und physikalischen Beschaffenheit.

Der Dünndarm muss, um in solchen Fällen seiner Aufgabe zu genügen, imstande sein, 1) den abnormen mechanischen und chemischen Reizwirkungen zu widerstehen, 2) die ganze Verdauungsarbeit zu besorgen und 3) die — durch den Wegfall der Magendesinfection — gesteigerte Bacterienentwicklung ohne Hilfe des Magens zu bewältigen. Nach jeder dieser 3 Richtungen hin kann er versagen, entweder von vornherein, oder er wird allmählich (secundär) leistungsunfähig — angeborene oder erworbene Insufficienz.

Bei einem Teil der Kranken erliegt er den pathologischen Reizen, die ihn seitens des abnormen Mageninhalts treffen. Meist nimmt er indes an der Dyspepsie selbst teil, indem er nicht imstande ist oder mit der Zeit die Fähigkeit verliert, die ihm aufgebürdete Mehrarbeit zu verrichten; er versagt auch gegenüber Stärke- und Fettverdauung, sowie vermutlich gegenüber seinen bactericiden Aufgaben. In anderen Fällen ist der Magen intact, die Störung betrifft, wie ich verschiedentlich beobachtet habe, lediglich die Dünndarmfunction. Offenbleiben muss vorläufig die Frage, ob nicht gelegentlich die Darmstörung das Primäre, die Beeinträchtigung der Magenverdauung das Secundäre ist.

Alle 3 Formen, die gastrogene, gastro-intestinale und intestinale, können während längerer Zeit, wenn nicht dauernd, als einfache Dyspepsieen verlaufen: die Nahrungsreste finden sich stets oder hauptsächlich in gebundenen Stühlen. Dieses Verhältnis trifft für die grosse Mehrzahl der Fälle von Magendyspepsie zu, *) während die gastro-intestinale und rein intestinale Dyspepsie meist früher oder später zu — gastro-intestinalen resp. intestinalen — Diarrhöen führt. Unter allen diesen dyspeptischen Störungen sind die gastrointestinalen Diarrhöen weitaus die häu-

*) Die grosse Mehrzahl aller Fälle von HClhyposecretion und Achylie verläuft dauernd ohne Diarrhöen.

figsten, dagegen ist die rein gastrogene Diarrhöe (kein Ausfall seitens der Dünndarmverdauung) und ebenso die reine Dünndarmdiarrhöe (Magentätigkeit intact) als selten zu bezeichnen.

Ich fasse diese verschieden Formen chronischer Diarrhöen unter dem Namen der „dyspeptischen" zusammen, indem ich die von Nothnagel [16]) und A. Schmidt [5]) gewählte Bezeichnung „gastrogene" Diarrhöen als einseitig ablehne. Um auch die Fälle einfacher Dyspepsie mit einzuziehen, die ohne Diarrhöen verlaufen, habe ich den Ausdruck „chronische Magen-Darmdyspepsie" gewählt. Und unter diesen allgemeinen Begriff passen auch die „intestinale Gährungsdyspepsie" A. Schmidts und Strasburgers, [16]) sowie die von Rosenheim [4]) beschriebenen Dünndarmstörungen, die ebenso, wie die intestinale Gährungsdyspepsie, ohne Beteiligung des Magens und ohne wesentliche Diarrhöen verlaufen.

Man kann dann Fälle mit und ohne Diarrhöe unterscheiden; sie aber grundsätzlich zu trennen, geht schon deshalb nicht an, weil von dem Fall, der ohne alle Diarrhöen verläuft, über den mit gelegentlichen, kurzen Durchfällen alle Uebergänge zur stationären Diarrhöe vorkommen. Ich halte es ausserdem im Gegensatz zu v. Tabora nicht für richtig, allein des verschiedenartigen Fäcesbefundes wegen ein im ganzen geschlossenes und in seinen Abstufungen und Complicationen wohl verständliches klinisches Bild auseinander zu reissen.

Den eigentlich dyspeptischen Formen darf man vielleicht eine vierte bacteriogene Form chronischer Verdauungsstörungen zur Seite stellen — „bacteriogen", insofern die bacteriellen Vorgänge hier durchaus die Hauptsache zu sein scheinen. Wohl den marcantesten Fall dieser Art habe ich selbst vor einigen Jahren mitgeteilt. [14]) Es bestand eine völlig schrankenlose Bacterienentwicklung, der gegenüber alle Regulationsvorrichtungen des Magens und Darms versagten. Indess muss auch diesen Störungen in letzter Linie eine Dünndarminsufficienz zu Grunde liegen, wenn auch vielleicht lediglich eine solche der bactericiden Dünndarmtätigkeit.

An dieser Stelle ist noch die Bedeutung nervöser Einflüsse zu erörtern.

Gegenüber chronisch Diarrhökranken besteht eine besondere Neigung, alles, was in der Anamnese widerspruchsvoll erscheint, von vornherein als „nervös" abzutun.

Manche Angaben sind ohne weiteres als Beobachtungsfehler oder als auf Einbildung beruhend zu erkennen; nicht selten aber handelt es sich um bestimmte Eigentümlichkeiten des Verdauungsvorgangs *).

Dass das Darmnervensystem durch ein so eminent chronisches Leiden allmählich in einen Reizzustand kommt und auch auf rein nervöse Reize anspricht, erscheint natürlich. So mag bei einem Dyspeptiker der gleiche psychische Reiz das eine Mal auf dem Wege einer rein centralen Erregung der Peristaltik zu Durchfall führen, das andere Mal auf dem Umwege irgend einer Hemmung, einer Secretionsstörung. Ein chronisch Darmkranker kann nervös werden und ein Nervöser an Darmstörungen erkranken; ebenso natürlich ist, dass der Status nervosus den Verlauf des Darmleidens in solchen Fällen beeinflusst. Das gleiche ist der Fall bei anderen Krankheiten, und doch wird niemand beispielsweise einen Herzklappenfehler deshalb als nervöses Leiden ansehen, weil der Kranke auf Aerger etc. Herzklopfen bekommt. Hier ist uns eben die objective Grundlage des Krankheitsbildes seit langem bekannt. Da es bis vor kurzem eine Stuhluntersuchung nicht gab, so war man für die Differentialdiagnose der chronischen Diarrhöen angewiesen auf die zum Teil widerspruchsvollen Angaben der Kranken und die rein äusserliche Beobachtung des Krankheitsverlaufs. Die mangelhafte Wirkung der Stopfmittel — die indes gerade für die Dyspepsiekranken so charakteristisch ist — sowie das häufige Versagen der Diät — die jedoch den speciellen Verhältnissen des einzelnen Falles oft nicht entsprechen mochte — gelten als sichere Zeichen für den nervösen Character des Leidens. Dabei wird mit der Diät zu oft gewechselt und von Arzt und Patient, falls der Erfolg auf sich warten lässt, herumprobiert, selbst in veralteten Fällen, bei denen nur von einer längere Zeit systematisch durchgeführten Diät Erfolg zu erwarten ist.

So beruht die Diagnose der nervösen Diarrhöe vielfach auf einer einseitigen Betonung und Ueberschätzung mehr oder weniger zufälliger nervöser Begleiterscheinungen und auf der nicht zweifelsfreien Beurteilung therapeutischer Misserfolge. Ich komme also zu dem Resultat, dass, je häufiger und sorgfältiger man Magen und Fäces untersucht, desto seltener die rein nervösen chronischen Diarrhöen werden („nervös" im heute üblichen Sinne). Wir kennen eine nervöse Achylia gastrica, der möglicherweise die Pancreasachylie (A. Schmidt) [17]) anzureihen ist, und so könnten bei einem Teil dieser Kranken die objectiven Störungen der Magen- und Darmarbeit in letzter Linie auf Anomalien der Drüseninnervation beruhen. Diese Auffassung unterscheidet sich von der sonst üblichen der nervösen Diarrhöe, insofern hier zwischen der nervösen Ursache und der Diarrhöe die Störung des Verdauungsvorgangs steht, welche die gleiche Wirkung ausüben muss, gleichgültig, ob sie durch eine Hemmung nervöser Art oder durch katarrhalische Reize entstanden ist.

Diagnose. Chronische Magen-Darmdyspepsie und insbesondere chronische dyspeptische Diarrhöe sind nach meinen Erfahrungen sehr häufig. Schon die Vorgeschichte ist im allgemeinen recht charakteristisch, der Verlauf meist Jahre, selbst Jahrzehnte ein monotoner, oft ohne alle Complicationen. Zu beachten ist, dass Dickdarmsymptome nervöser oder entzündlicher Art stärker hervortreten, ja zeitweise das Symptomenbild beherrschen können. Magenbeschwerden können auf die Mitbeteiligung des Magens hinweisen; aber auch wo sie fehlen, ist es rätlich, den Magen zu untersuchen (auch auf Atonie!).

Bei der körperlichen Untersuchung gewonnene Magen-Darmbefunde sind in keiner Weise charakteristisch.

In jedem Falle wird die Diagnose durch die Stuhluntersuchung entschieden werden. Falls es sich um reine Dickdarmdiarrhöen handelt, ist ein pathologischer Befund an Nahrungsrückständen überhaupt nicht zu erwarten, falls um Dünndarmdiarrhöen nervöser oder katarrhalischer Art, so müssen sich regelmässig Reste aller Nahrungscomponenten zusammen finden. Auf das Bestehen einer nichtdiarrhoischen Dyspepsie weisen auffallend übler Geruch und stark abweichende Reaktion der gebundenen Fäces hin; diese Merkmale können aber auch fehlen.

Steht der Charakter der Magen-Darmstörung fest, so ist zu entscheiden, ob diese nicht eine secundäre ist, bedingt z. B. durch Chlorose oder durch andere Anämieen.

Differentialdiagnostisch sind schwere organische Läsionen der Verdauungsorgane zu berücksichtigen, insbesondere Carcinom und Tuberculose, und zwar namentlich dann, wenn die Diarrhöen erst kürzere Zeit bestehen. Indes ist die Gefahr der Verwechslung nicht gross, wie der weitere Verlauf der Krankheit be-

*) Z. B. bekamen die 3 erwähnten Geschwister auf Maronenbrei jeweils am gleichen Tage alle 3 Diarrhöe und schieden diese im allgemeinen nicht schwer verdauliche Speise in Massen aus u. a. m.

weist, über den ich betreffs der grossen Mehrzahl meiner Patienten aus den letzten 10 Jahren unterrichtet bin. Ich selbst habe nur bei 2 Kranken, bei denen ich an dyspeptische Diarrhöen dachte, ein Rectumcarcinom gefunden.

Prognose. Eine ungünstige Bedeutung hat möglicherweise — vergl. oben — hereditäre Belastung (angeborene minderwertige Leistungsfähigkeit der Verdauungsorgane?).

Dass das 1. Jahrzehnt eine besondere Stellung einnimmt—indem die in diesem Lebensalter Erkrankten einen besonders langwierigen Verlauf ihres Leidens zeigten, wurde bereits erwähnt. Wie der Verlauf bei den von mir behandelten Kindern sich gestalten wird, die von vornherein eine geeignete Kost erhielten, bleibt abzuwarten.

Bezüglich des Magens ist zu sagen, dass die Achylie, die ja so oft als practisch bedeutungslos befunden wird, möglicherweise weniger von Belang ist, als ausgesprochene Atonieen. Von grosser Bedeutung ist das Verhalten der Stühle. Wiederholter Befund reichlicher Nahrungsbestandteile — bei schlackenarmer Kost — wird häufig als ungünstiges Zeichen zu gelten haben und umgekehrt. Genauer kann ich auf diese Frage hier nicht eingehen. (Vergl. 8). Die Ergebnisse der Stuhluntersuchung sind erst im Verlaufe der Beobachtung mit Sicherheit für die Prognose zu verwerten, und für die Beurteilung des Dauererfolgs ist abzuwarten, ob die Besserung auch bei Uebergang zu weniger strenger Kost standhält.

Prognostische Bedeutung haben ferner der Kräftezustand, ausgedehnte Katarrhe und schwere Entzündungen des Darms, sowie die nervösen Folgezustände, die im Bereich des Dickdarms sich entwickeln können — schliesslich Complicationen, vor allen die mit Lungentuberculose, evtl. auch mit Diabetes und Adipositas.

Die secundären Darmkatarrhe haben grossenteils eine bemerkenswerte Neigung auszuheilen, wenn erst die Diarrhöen aufhören. Jedenfalls tritt ihre Bedeutung im allgemeinen weit hinter diejenige der eigentlichen Verdauungsstörung zurück, zumal die Schleimsecretion selten eine continuierliche ist.

Für die grosse Mehrzahl der Diarrhökranken dürfen wir die Prognose günstig stellen, wenn man auch gut tun wird, die Kranken darauf hinzuweisen, dass bei einem derartig chronischen Leiden mit langen Zeiträumen gerechnet werden muss.

Die Therapie ergiebt sich aus der Auffassung des Krankheitsbildes und ist in erster Linie eine diätetische.

Unsere Aufgabe besteht darin, die Ernährung des Kranken so einzurichten, dass Magen und Darm die gereichten Nahrungsmittel zu verdauen imstande sind — und zwar möglichst restlos. Denn die unresorbiert gebliebenen Nahrungsbestandteile erregen ebenso, wie die normalen Nahrungschlacken, durch ihre physikalische Beschaffenheit den ohnedies zu Hypermotilität neigenden Darm, sie entziehen solche Nahrungsbestandteile der Ausnutzung, die bei gleichmässig feiner Verteilung gut resorbiert würden, und führen den Fäulnis- und Gährungsprocessen Material zu, denen gegenüber der Darm dieser Patienten mehr oder weniger schutzlos ist, und deren Produkte gleichfalls peristaltikreizend wirken. Es sind also diejenigen Nahrungs- und Genussmittel zeitweise zu entziehen, resp. nach Möglichkeit zu beschränken, die normaler Weise grosse Rückstände geben, *) d. h. die schlackenreichen, sowie die, welche im einzelnen Fall schlecht verdau und dadurch zu unresorbierbaren Schlacken werden, und schliesslich solche, welche eine Reizwirkung mehr durch chemische oder sonstige Eigenschaften (wie niedrige Temperatur) ausüben.

Ueber die Nahrungsmittel, die der einzelne Kranke schlecht verdaut, giebt das Verhalten der Magen- und Darmtätigkeit Aufschluss. Entsprechend den Resultaten der Fäcesuntersuchung sind die Nahrungsmittel aus der Kost zu streichen, die in den Stühlen in pathologischer Menge wieder auftreten. Dieser Forderung ist leicht zu genügen für Fleisch und Fett, kaum für Kohlehydrate. Es wäre ausgeschlossen, einem solchen Kranken, etwa wie einem Diabetiker, die genügende Nahrungsmenge an Fleisch und Fett beizubringen, ohne ihm zugleich schlackenreiche Nahrungsmittel, vor allem Gemüse zu geben.

Da nun, wie wir gesehen haben, die Fleischverdauung am seltensten, die des Fettes am häufigsten beeinträchtigt ist, so wird die Durchführung der Diät sich meist so gestalten, dass einerseits leicht verdauliche Eiweissträger, andererseits die Kohlehydrate in aufgeschlossener Eorm die Grundlage der Kost zu bilden haben. Bei Insufficienz der Stärkeverdauung wird es sich nicht darum handeln können, Kohlehydrate überhaupt zu vermeiden, sondern darum, noch mehr als bei den übrigen Patienten, sie in möglichst leicht resorbierbarem Zustand zu geben.

Bei profusen Diarrhöen kann die Resorption aller Nahrungsbestandteile beeinträchtigt sein, auch solcher, die von den betreffenden Patienten bei weniger gesteigerter Peristaltik gut ausgenutzt werden; auch sie gewinnen den Charakter von Schlacken. In solchen Fällen wirkt vorzüglich die ganz flüssige Kost. Sie hat bei richtiger Bemessung der Mengen und zweckmässiger Verteilung der Mahlzeiten den Vorteil, dass sie Magen und Darm nicht belastet, die daniederliegende Secretion am wenigsten in Anspruch nimmt und am raschesten resorbiert wird.

Bei Beginn der Behandlung muss es unser Bestreben sein, den Kranken nicht durch zu rigorose Kostverordnungen unnötige Beschränkungen aufzuerlegen. Innerhalb der ersten Woche stellt es sich in der Regel heraus, ob die Entziehung noch strenger zu gestalten ist, was — nach den individuellen Verhältnissen — in verschiedener Weise geschehen kann.

Schwierigkeiten machen zuweilen die Fälle, bei denen Obstipation und Diarrhöe abwechseln. Man muss sich hüten, bei diesen Kranken etwa ebenso, wie sie selbst es oft mit Abführ- und Stopfmitteln tun, mit der Kost hin und her zu lavieren. Sonst werden die Durchfälle immer zurückkehren. Vielmehr giebt man am besten für längere Zeit, wenigstens mehrere Wochen, eine leicht stopfende Kost und sorgt gleichzeitig durch einfache Mittel (Kamillenklystiere, etwas Wiesbadener Kochbrunnen von Zimmertemperatur etc.) für regelmässige Stuhlentleerung, in der gleichen Weise, wie bei den Kranken, die nach beseitigter Diarrhöe zur Verstopfung neigen.

Dies sind in grossen Zügen die Gesichtspunkte, nach denen ich die Beköstigung solcher Kranker regle; auf Einzelheiten kann ich hier nicht eingehen, verweise vielmehr auf meine früheren Arbeiten [3], [6], [8]).

Weiter ist zunächst die grundsätzliche Frage zu entscheiden, ob man solche Kranke mit Stopfmitteln behandeln soll, die von den meisten bereits in allen möglichen Formen und ohne Erfolg durchprobiert sind.

Die Diarrhöen sind in diesen Fällen eine natürliche und an sich zweckmässige Reaktion des Darms, mit dem Ziel, einen abnormen Darminhalt auszustossen, den wir durch Stopfmittel zwar vorübergehend, auf Tage, zurückhalten können, der indes dann umso länger die Darm-

*) Hierher gehört für Personen mit Hypochlorhydrie alles rohe und geräucherte Fleisch.

wand zu reizen und Zersetzungen zu unterhalten imstande ist. Hört die Wirkung des Stopfmittels auf, so werden die Durchfälle umso sicherer zurückkehren. Aus dieser Ueberlegung werden wir in derartigen Fällen die Stopfmittel grundsätzlich verwerfen, so lange Gährungs- oder gesteigerte Fäulnisvorgänge bestehen oder — bei Durchführung der entsprechenden Diät — unverdaute Nahrungsbestandteile in erheblicherer Menge mit den Stühlen abgehen. Unsere Aufgabe ist vielmehr die gleiche wie bei den akuten infectiösen Diarrhöen, wir müssen den Verdauungskanal in seinem Bestreben unterstützen, unverdaulichen Ballast und pathologische Verdauungsprodukte zu entleeren, und haben zu diesem Zweck gleich wirksame Mittel in der Ausspülung des Magens und Dickdarms (genauere Indikationen) [8]).

Zuweilen sieht man die Diarrhöen noch fortbestehen, nachdem bei entsprechender Kost die Ausscheidung von Nahrungsbestandteilen aufgehört hat, und ohne dass abnorme Zersetzungsvorgänge mehr nachweisbar sind. Die Ursache dieser Durchfälle dürfte darin zu suchen sein, dass der Reizzustand der Peristaltik eine gewisse Selbständigkeit erlangt hat und nach beseitigter Ursache fortbesteht. In solchen Fällen habe ich mit gutem Erfolg Opium und andere Stopfmittel gegeben, die vordem, solange die Dyspepsie bestand, unwirksam gewesen waren; sonst aber widerrate ich ihren Gebrauch.

Die sonstige medikamentöse Therapie (Salzsäure, Pankreon etc.) muss hier übergangen werden. Sehr wichtig ist, die Patienten in jeder Beziehung ruhig zu halten (eventuell Bettruhe). Vielfach machen wir von Wärme Gebrauch, sowohl äusserlich (Umschläge, Thermophor) als innerlich in Form von heissem Wasser, das vor den Mahlzeiten in kleinen Portionen von 100—200 ccm. getrunken wird. Meine Erfahrungen beziehen sich hauptsächlich auf Wiesbadener Kochbrunnen, der nach den Untersuchungen Bickels [18]) in gewissem Masse die HCl-secretion anregt. Dass der Kochbrunnen auf diese chronischen Diarrhöen günstig wirkt, beweisen die Erfolge, die man bei ambulant behandelten Patienten sieht, deren Behandlung sich auf das Trinken von Kochbrunnen beschränkt, und die im Hotel unter weniger günstiger Ernährung stehen als zu Hause. Gewicht zu legen ist auf tonisierende Allgemeinbehandlung, milde hydrotherapeutische Massnahmen.

Von grosster Bedeutung für den Dauererfolg der Behandlung ist das Verhalten der Patienten nach deren Abschluss. Ein Fortschreiten in der Diät ist nur dann erlaubt, wenn die Stühle dauernd gebunden sind. Es ist den Verhältnissen des einzelnen Falles anzupassen; zu frühzeitiger Beginn mit schlackenreicher Kost wird sich immer rächen. Schliesslich kann es von grosser Wichtigkeit sein, die äusseren Verhältnisse der Patienten, soweit als möglich, zu beeinflussen. So habe ich Kaufleuten den erfolgreichen Rat gegeben, das Reisen aufzugeben, Offizieren, sich für einige Zeit aus der Front versetzen zu lassen etc.

Es wird von der Schwere des einzelnen Falles abhängen, ob man den Patienten einer energischen Behandlung unterwerfen muss, oder ob man sich in der Hauptsache auf Diät und die erwähnten einfachen Massnahmen und Verordnungen beschränken kann. Kranke der ersteren Art werden wenigstens für die erste Zeit eine Anstalt aufsuchen müssen, auch deshalb, weil regelmässige und eingehende Stuhluntersuchungen zu Hause sich nicht durchführen lassen; dagegen wird die Behandlung zahlreicher leicht Kranker auch unter den Bedingungen der Hauspraxis gute Aussicht auf Erfolg bieten.

Literaturangaben.

1) Archiv für Verdauungskrankheiten, Bd. 1, 1898. Archiv für Verdauungskrankheiten, Bd. 3, 1897. 2) Deutsche med. Wochenschrift 1896, Nr. 32. 3) Volkmann, Samml. klin. Vorträge, 1901, Nr. 318. 4) Berl. klin. Wochenschrift, 1899, Nr. 22. 5) St. Petersburger med. Wochenschr., 1905, Nr. 38. 6) Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 62. 7) Verhandl. des Congr. für innere Medicin, Bd. 22. 8) Deutsch. Archiv für klin. Medicin, 94. Bd. 1. Heft. 9) Verhandl. des 25. Congr. für innere Medicin (1908). 10) Prof. A. Schmidt, Functionsprüfung etc., 2. Aufl., 1908. 11) Prof. A. Schmidt und Dr. J. Strasburger, Die Fäces der Menschen etc. 1905. 12) van Ledden-Hülsebosch, Makro- und mikroskop. Diagnostik der menschl. Excremente, 1899. 13) Münchener med. Wochenschrift, 1904, Nr. 20. 14) Deutsch. Archiv für klin. Medicin, Bd. 80. 15) Nothnagel, Die Erkrankungen des Darms und Peritoneums, 2. Aufl., 1903. 16) Verhandlungen des 19. Congresses für innere Medicin. 17) Deutsch. Archiv für klin. Medicin, 87. Bd. 18) Zeitschrift für phys. und diät. Therap., 1907.

Zwei Fälle von Parotitis epidemica im Säuglingsalter.

Von

Dr. Walther Hollmann — Dorpat.

Die primäre Parotitis ist eine Krankheit, von welcher Kinder und jugendliche Individuen zwischen dem 2. und 15. Jahre hauptsächlich befallen werden, während Kinder unter 2 Jahren und namentlich Säuglinge in der Regel von derselben verschont bleiben (Baginsky, Kaufmann, Moro, Strümpell, Schottmüller u. a.). — Rilliet und Lombart notieren aus einer Genfer Epidemie vom Jahre 1850 unter 73 Fällen kein einziges Kind unter 2 Jahren, ebenso Fabre aus 3 Epidemien (1875, 1881, 1887) unter 58 Erkrankungen. Ringberg berechnet aus einem Material von 58331 in Dänemark in den Jahren 1870 bis 1894 incl. zur Anzeige gelangten Fällen für das 1. Lebensjahr 205 (0,35 %) gegen 12163 (20,85 %) im Alter von 5—15 Jahren an epidemischer Parotitis Erkrankter (Schottmüller).

Ueber Erkrankungen von Säuglingen am primären Mumps liegen in der Literatur nur wenige Mitteilungen vor: im Ganzen sind bis 1907 nur 6 Fälle veröffentlicht worden. Homans beschreibt 1855 einen Fall, der am Tage nach der Geburt zur Beobachtung kam; Gautier berichtet 1883 über einen Neugeborenen, bei welchem 12 Tage nach Erkrankung der Mutter an Parotitis eine Schwellung der Submaxillardrüsen entstand; Demme (1888) — über ein Kind, welches in der 3. Lebenswoche erkrankte; Steiner beobachtete (1896) bei einem Säuglinge eine einwandsfreie Orchitis parotidea, Falkenheim — einen Mumps bei einem 7 Monate alten Säugling und White — bei einem Neugeborenen.

Diesen Beobachtungen kann ich nun 2 weitere angliedern, welche ich bei Gelegenheit einer Mumpsepidemie in Werro im Januar a. c. machen konnte.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 9 Monate alten Knaben aus ärmlichen Verhältnissen. Im Laufe des December a. p. waren im dicht bewohnten Hause zahlreiche Mumpsfälle vorgekommen, unter anderen hatte die Mutter des kleinen Pat. vor etwa 3 Wochen den Mumps überstanden. Am ersten Januar a. c. erkrankte das Kind mit Fieber, Unruhe, Schlaf- und Appetitlosigkeit, sowie mit einer rasch zunehmenden Schwellung der rechten Kieferwinkelgegend. Am 5. Januar wurde ich consultiert und constatierte eine ausgiebige, prall-teigige, schmerzhafte Schwellung der rechten Parotis. Ausser einer leichten Rötung der Rachengebilde, belegter Zunge und mässigem Fieber (38,4) war sonst kein pathologischer Befund zu erheben.

Der zweite Fall betraf ein 11 Monate altes Mädchen aus besseren Verhältnissen. Auch hier waren im selben Hause mehrere Mumpsfälle — zwar nicht in der eigenen Familie — vorgekommen. Das Kind kam am 7. Krankheitstage in meine Behandlung. Status am 5. Januar abends: am linken Kieferwinkel ein etwa wallnussgrosser zugespitzter Tumor, Haut darüber glänzend livid-rot, stark gespannt, Fluctuation. Parotis wenig, aber deutlich vergrössert. Mund und Rachen o. B. Temp. 37,7. — Am nächsten Morgen Eiterentleerung durch Incision parallel dem unteren Mandibularrande. Am 14. Januar, d. i. nach 7 Tagen, war das Kind genesen.

Während sich die meisten Autoren damit begnügen, die primäre Parotitis im Säuglingsalter zu den Raritäten zu rechnen, begegnen wir nur wenigen Erklärungsversuchen für dieses eigentümliche Verhalten des frühen Kindesalters. Moro und Strümpell sprechen von einer angeborenen, natürlichen resp. einer auffallenden Immunität; nach Soltmann ist die rückständige Entwicklung der Parotis und die Enge ihres Ausführungsganges im Verein mit der geringen Entwicklung der Speicheldrüsen für diese Immunität verantwortlich zu machen.

Allgemein gilt ein Ausgang in Eiterung bei Parotitis epidemica als ein überaus seltenes Ereignis; gewöhnlich werden beim Abklingen des Mumps die in der Ohrspeicheldrüse gesetzten Exsudate resorbiert (Virchow, Baginsky, Strümpell, Schottmüller u. a.).

Literatur.

Baginsky, Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1905. E. Moro, Epidemische Parotitis in Pfaundler & Schlossmann, Handbuch der Kinderheilkunde, 1906. A. v. Strümpell, Lehrbuch der spec. Pathol. und Ther., 1902. Schottmüller, Parotitis epidemica in Nothnagels Hdb. der Spec. Pathol. u. Therap., 1904, Bd. 3. Eichhorst, Handb. der Spec. Path. u. Ther., 1890. Burgerstein & Netalitzky, Handb. d. Schulhygiene, 1902.

Referate.

K. Kaczyński: Hämolytische Eigenschaften des Bacterium coli im Zusammenhang mit dessen Virulenz. (Przegląd lekarski. Nr. 37, 38. 1908).

K. stellte seine Untersuchungen mit Bacterium coli verschiedenen Ursprungs an: die Culturen wurden aus den Faeces von 22 an Gastroenteritis und Enteritis acuta verschiedenen klinischen Verlaufs erkrankten Kindern gewonnen. Von jedem einzelnen Falle wurden 2- und 8-tägige Culturen zu den Versuchen genommen und nach der vom Verf. etwas modificierten Methode von Kraus auf ihre hämolytischen Eigenschaften geprüft. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen fasst K. in folgenden Schlüssen zusammen: 1) Die Hämolyse allein giebt keinen Aufschluss darüber, ob und inwiefern ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Hämolyse des Bacterium coli und der Schwere des klinischen Verlaufes in Fällen von Erkrankungen des Magendarmkanals (Enteritis, Gastroenteritis, Dysenterie) besteht. 2) Die Reaktion der Bouilloncultnren von Bacterium coli übt keinen erheblichen Einfluss auf das Endresultat der Hämolyse aus. 3) Die die Hämolyse bewirkende Lysinmenge ist schwankend, d. h. in einigen Fällen lässt ein geringerer Zusatz von Lysin, ceteris paribus, die Hämolyse schärfer hervortreten als eine grössere Lysinmenge. 4) Es lässt sich kein Zusammenhang feststellen zwischen der bei Versuchen an Tieren beobachteten Virulenz des aus Fäkalien gewonnenen Bacterium coli und dem klinischen Verlauf des betreffenden Falles.

W. Dörbeck.

S. Janczurowicz: Zur Diagnose und Therapie der Speiseröhreerweiterungen. (Gazeta lekarska Nr. 36—40. 1908).

Im Anschluss an 3 vom Verf. beobachtete Fälle von idiopathischer Oesophagusdilatation, die sehr eingehend beschrieben werden, bespricht derselbe die Aetiologie, Diagnose und Therapie des Leidens. Er meint, dass jede Speiseröhreerweiterung ursprünglich auf eine primäre oder secundäre Atonie der Oesophagusmusculatur zurückzuführen sei. Spastische Verengerung der Cardia sei zwar eine fast beständige Begleiterscheinung bei Speiseröhreerweiterung, könne aber an sich noch keine solche hervorrufen, da bei gutem Allgemeinzustande und intacter Oesophagusmusculatur mittels verstärkter Peristaltik der Speiseröhre das durch die Verengerung der Cardia hergestellte Hindernis überwunden werde. Ein Beweiss dafür sei die vielfach an Leichen nachgewiesene Hypertrophie der Oesophagusmusculatur in Fällen von Strictur der Cardia. Ja, das Fehlen eines Spasmus cardiae bei Speiseröhreerweiterungen bedeute eine Complication und weise auf eine Parese der Cardia hin. J. unterscheidet eine primäre und eine secundäre Atonie der Oesophagusmuskulatur. Erstere könne sich bei anämischen, körperlich heruntergekommenen, neurasthenischen Personen infolge von Ueberanstrengung der Speiseröhre (eiliges Schlingen zu grosser, schlecht zerkauter Stücke, unmässiges Trinken in grossen Zügen und dergl.) entwickeln, während Letztere als Folge von primärer Contractur, Strictur oder Spasmus der Cardia (bei Erosionen in der Cardiagegend, acuten Entzündungszuständen, Hyperacidität, Varices cardiae, Hysterie und dergl.) aufzufassen sei. Verf. ist der Meinung, dass Atonie der Speiseröhre eine recht häufige Erscheinung sei, besonders bei anämischen und nervösen Frauen. — Für die Diagnose und Therapie hält es J. für äusserst wichtig, die Begriffe «Dilatation» und «Divertikel» streng aufeinanderzuhalten. Eine einfache Erweiterung könne unter Umständen durch entzündliche Adhäsionen zwischen den äusseren Wandungen der Speiseröhre und den Nachbarorganen mit der Zeit durch Divertikel compliciert werden. Die stricte Diagnose basiert J. auf dem Ergebnis der Untersuchung mit der Magensonde, verbunden mit Einführen und wieder Auspumpen von Flüssigkeit (Wasser oder Milch), der chemischen und mikroskopischen Untersuchung des durch Ausspülen gewonnenen Inhalts und besonders der Röntgenisation (nach vorausgegangener Einführung von Bismut). Die Oesophagoskopie habe für die Erkennung einer Oesophagusdilatation an sich keinen grossen Wert, setze aber den Arzt in den Stand, etwaige pathologische Veränderungen an der Schleimhaut der Speiseröhre und der Cardia unmittelbar zu besichtigen. Von Symptomen, welche für die Diagnose von Belang sein könnten, hebt Verf. besonders hervor: Druckgefühl in der Scrobiculargegend nach dem Essen, Schlingbeschwerden, wobei die Kranken gewöhnlich jeden Schluck nachtrinken müssen, Uebelkeit und schliesslich Störungen der Aussprache, welch letztere Verf. auf Veränderungen der Resonanz zurückführen zu können glaubt. — Von Heilung einer Speiseröhreerweiterung könne nicht die Rede sein, die Aufgabe des Arztes besteht darin, die unangenehmen Beschwerden des Patienten zu beseitigen oder auf das Minimum herabzusetzen. Bei der Behandlung komme es vor allen Dingen darauf an, alle schädlichen Einflüsse fernzuhalten, um einer weiteren Dilatation vorzubeugen. Dem Patienten soll angeraten werden, die Mahlzeiten so einzuteilen, dass mehrmals am Tage die Nahrung nur in geringer Menge eingeführt werde. Die festen Bestandteile der Speisen sollen gut zerkaut, event. vor dem Genuss sorgfältig zerkleinert werden, wobei der Patient grosse Schlucke zu vermeiden habe. In vorgeschrittenen Fällen könne im Anfang der Behandlung eine Ernährung durch die Sonde notwendig erscheinen. Die eigentliche Behandlung besteht in täglich mehrmaligen Ausspülungen der erweiterten Speiseröhre mit Hilfe der Magensonde, wobei zur Entleerung der eingeführten Flüssigkeit die Aspiration mittels eines Gummiballons empfohlen wird. Bei eintretender Besserung werden die Ausspülungen auf ein Mal täglich (am besten abends, etwa 3 Stunden nach der letzten Mahlzeit) eingeschränkt. Gegen die Anwendung der von einigen Autoren angeratenen sogen. Schlundgymnastik erhebt Verf. ausdrücklichen Einspruch; dieselbe erfordere eine übermässige Anstrengung der geschwächten Muskulatur der Speiseröhre, könne die bestehende Erweiterung noch vergrössern und somit dem Kranken nur schaden.

W. Dörbeck.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Der Arzt als Erzieher des Kindes. Vorlesungen von Prof. Ad. Czerny (Breslau). II. Auflage. Franz Deuticke. 1908. 103 Seiten. Preis 2 Mark.

Verfasser behandelt in 6 Vorlesungen diejenigen Erziehungsfragen, welche die Beachtung und das Eingreifen des Arztes erfordern, in so ausgezeichneter Weise, dass ein jeder, der sich für die Erziehung des Kindes interessiert, das Büchlein mit Genuss und vielem Nutzen lesen wird. In klarer, prägnanter Form werden die wichtigsten Themen, die bei Erziehung des Kindes vom frühesten Lebensalter bis zum Schulbesuch in Frage kommen, dargelegt, stets das schädliche Verhätscheln und die übrigen Erziehungsfehler, speciell des einzigen Kindes, genügend hervorgehoben und einer gesunden, die leibliche und geistige Entwicklung des Kindes allerseits berücksichtigenden Erziehung das Wort geredet. Jede Seite des Buches beweist die richtige, kritische Beobachtungsgabe des hervorragenden Kinderarztes, der sich nicht scheut, auch liebenden Grossmüttern und Tanten gegenüber energisch aufzutreten und sich in jeder Hinsicht als erfahrener und humaner Ratgeber bewährt.

Es wäre nur zu wünschen, dass das Büchlein bald ins russische übersetzt wird, da bei uns die Erziehung noch mehr im Argen liegt, als in Deutschland.

Weyert.

Dr. E. Vogel. Taschenbuch der Photographie. Ein Leitfaden für Anfänger und Fortgeschrittene. 19. u. 20. Aufl. Herausg. von P. Hanneke. 8°. 330 Seiten. 1908. Verl. von Gustav Schmidt. Berlin. Preis M. 2.50.

Die Verbreitung in fast 75000 Exemplaren spricht für die Bedeutung des handlichen und prächtig ausgestatteten Buches. Für den Anfänger unentbehrlich nicht nur für das Studium der Technik, sondern auch als Ratgeber bei Anschaffung von Apparaten und Utensilien durch zahlreiche praktische Hinweise mit kurzer Motivirung eventueller Vorzüge und Nachteile verschiedener Systeme. Für den Fortgeschrittenen wichtig als Nachschlagebuch bei der Arbeit und übersichtliche Zusammenstellung möglicher Fehlerquellen mit wertvollen Fingerzeigen praktisch-technischer, wie auch künstlerischer Art. Gegen die früheren Auflagen textlich erweitert und um eine Anzahl Illustrationen und Tafeln bereichert, was zur leichteren Orientierung bedeutend beiträgt, ist das Buch jedem ernsthaften Liebhaber der Photographie auf das wärmste zu empfehlen.

F. Holzinger.

P. Eichmann. Photographische Belichtungs-Tabelle Helios. Verlag von Gustav Schmidt. Berlin W. 10. 1908.

Diese Tabellen in Taschenbuchformat ermöglichen es, die Belichtungsdauer beim Photographieren unter allen denkbaren Bedingungen schnell und sicher zu bestimmen, und zwar nicht durch Rechnung, sondern mechanisch durch Verstellung concentrisch angeordneter Drehscheiben, von denen eine die zu bestimmende Zeit in Secunden ablesen lässt. Dank einer Tabelle mit Umrechnung der mitteleuropäischen Zeit in Orts- und Sonnenzeit, ist das Büchlein auf allen Längegraden zu benutzen. Wir begrüssen es als ein ausserordentlich wertvolles technisches Hilfsmittel.

F. Holzinger.

Dr. med. Henry Hughes (Bad Soden i. T.) Aerztliche Beredsamkeit. Verlag von Curt Kabitsch. Würzburg. 1909. Preis 1 Mark.

Die Psychotherapie spielt unleugbar eine grosse Rolle bei der ärztlichen Tätigkeit, und bei einem Erfolge kommt es in vielen Fällen sehr darauf an, dass der Arzt eine genügende Beredsamkeit dem Patienten gegenüber entfaltet, sein Vertrauen gewinnt und das richtige Wort und eine logische Folgerichtigkeit bei seinen Ratschlägen entfaltet. Wer nun eine genügende Erfahrung besitzt und das Wort beherrscht, der wird auch das vorliegende Büchlein gut entbehren können. Verf. möchte seinerseits demjenigen Collegen ratend zur Seite treten, der dazwischen in Verlegenheit geraten könnte, was er im gegebenen Falle sagen könnte, wie er eventuellen Einwänden seitens des Patienten erfolgreich begegnen sollte. Wer sich nun dafür interessieren sollte, wie es Verf. versucht hat, ein wissenschaftliches Gepräge der ärztlichen beruflichen Rhetorik zu geben, dem sei dieses Büchlein empfohlen.

Hecker.

Prof. Neisser. Ueber die Bedeutung der Lupuskrankheit und die Notwendigkeit ihrer Bekämpfung. Leipzig. Verlag von W. Klinkhardt. Mk. 0,60.

Die kleine Broschüre geht vom deutschen Central-Comitee zur Bekämpfung der Tuberkulose aus, dem der Verfasser angehört. Prof. N. macht darauf aufmerksam, dass man in Deutschland der Lungentuberculose seit Jahren alle Aufmerksamkeit zugewandt, Heilstätten und Sanatorien errichtet und den Kampf mit allen Mitteln und voller Erfolge gegen diese Volksseuche aufgenommen hat, dass aber bisher eine andere Form der Tuberculose, der Lupus, die Hauttuberculose, leider unbeachtet geblieben ist. Der Lupus ist aber nicht weniger schrecklich, seine Opfer leiden vielleicht noch mehr, da sie, häufig furchtbar entstellt, sich und anderen Menschen zum Abscheu werden. Prof. N. plädiert daher für Errichtung von Lupusheimen als Nebenstationen von Kliniken und Hospitälern, von Lupusheilstätten, wo Kliniken fehlen, von Belehrungscursen für Aerzte und Aufsuchung der Kranken auf dem Lande und schliesslich für Fürsorge für die Geheilten und Fast-Geheilten, denen es infolge der Entstellungen oft nicht leicht fällt, Stellen zu finden. Die humanitären Bestrebungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose sind äusserst sympathisch, und ihr Bemühen im Kampfe gegen den Lupus wird sicherlich nicht ohne Erfolg bleiben. Wir müssen mit Bewunderung auf die in Deutschland erzielten Resultate blicken, wo bei uns noch kaum die ersten Schritte getan worden sind, mit Bewunderung, die nicht frei von Neid ist auf die Früchte, die die Cultur des «verfaulten» Westens zu zeitigen vermag.

W. Schiele.

Prof. S. Ehrmann. Die Anwendung der Elektricit[ä]t in der Dermatologie. Mit 98 Figuren im Text. Wien und Leipzig. 1908. Verl. von J. Šafář. Pr. Mk. 6. 203 S.

Prof. E. hat den Leitfaden für practische Aerzte und Studierende verfasst; das Buch verdankt Cursen über practische Anwendung der Electricität in der Dermatologie, die der Verf. in Wien seit Jahren gehalten hat, seine Entstehung. Der Stoff ist folgendermassen angeordnet: I Kapitel. Die Electrolyse im Allgemeinen. II K. Die Electrolyse in der Therapie. III K. Ueber electrische Induction und ihre Anwendung (Röntgen etc.). V K. Arsonvalisation. VI K. Statische Electricität. VII K. Therapie mit electrischem Licht. — Das Büchlein entspricht vollkommen seinem Zweck, die practischen Aerzte über die Methoden der Anwendung der Electricität bei Hautleiden aufzuklären resp. ihnen die Möglichkeit zu gewähren sie selbst anzuwenden, ohne practische Anleitung in den Kliniken zu erhalten. Deshalb hat E. mit ganz besonderer Ausführlichkeit die relativ einfache Methode der Electrolyse behandelt, die fast jedem Arzte zugänglich ist. Prof. E. bevorzugt die Electrolyse in den meisten Fällen zur Entfernung der Haare der Röntgenisation, da erstere sicherere Resultate giebt. Auf eine kleine Nachlässigkeit sei hingewiesen: dem Kapitel III folgt sofort Kapitel V. Das kleine Buch sei allen Aerzten zur Orientierung auf dem Gebiete bestens empfohlen.

W. Schiele.

Protocolle
des Deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg

1364. Sitzung am 7. April 1908.

I. Blessig stellt in Vertretung Heuking's wieder den von ihm schon in der vorigen Sitzung demonstrierten Patienten vor (Tumor retrobulbaris). Am 14. März ist Pat. von Heuking in der Augenheilanstalt operiert worden, und zwar nicht, wie anfangs beabsichtigt, nach Krönlein, sondern nach Golowin, und zwar ohne Resection der Orbitalwand. Es fand sich ein ca. wallnussgrosser Tumor (wie die mikroskop. Untersuchung später erwiesen hat: ein Rundzellen-Sarkom), der aber nicht vom Sehnerv selbst ausging, sondern diesen nur dicht angelagert war. Die Geschwulst wurde erst vom Bulbus abgetrennt, dann hinten am Foramen opticum. Vernähung der Fascia orbito-palpebralis, teilweise Naht der Hautwunde mit Tamponade. In den ersten Tagen nach der Operation waren Exophthalmus, Chemose und Lidoedem sehr erheblich, die schon bestehende Keratitis (e lagophthalmo) noch stärker entwickelt. Dann gingen alle Erscheinungen allmählich zurück. Gegenwärtig besteht fast gar keine Protrusion mehr, nur geringes Lidoedem, keine Chemose. Die Keratitis ist ganz geheilt, mit Hinterlassung erheblicher Hornhautflecke, welche die ophthalmoskop. Untersuchung hindern. Somit ist es gelungen, das wenn auch blinde Auge als solches zu erhalten. Obwohl der M. rectus externus bei der Operation geschont wurde, ist seine Beweglichkeit doch nahezu ganz aufgehoben, es besteht Einwärtsschielen. Die Wunde musste lange Zeit tamponiert, resp. drainiert werden, da es aus der Tiefe recht stark eiterte. Jetzt, nachdem die 2 tiefen Fasciennähte durch die Fistel ausgestossen, hat diese sich schon fast vollständig geschlossen. Pat. soll in den nächsten Tagen entlassen werden.

(Autoreferat.)

II. Kroug hält einen Vortrag über Paralysis agitans. (Soll im Druck erscheinen).

Discussion:

Masing: Edinger hat in anderer Richtung mehr Nervenkrankheiten als Aufbrauchkrankheiten bezeichnet. Tremor ist nicht das Cardinalsymptom der Parkinson'schen Krankheit, sondern die Rigidität der Muskeln. Es giebt Fälle, wo der Tremor ganz fehlt, also eine Paralysis agitans sine agitatione.

Kroug: In erster Linie sind die Muskeln selbst erkrankt. Die Nervenstämme sind ganz normal gefunden worden. Tremor kann fehlen.

III. Blessig demonstriert von Dr. Weinstein hergestellte Präparate von Leprabacillen aus einem Leprom der Sclero-Cornea. Es handelte sich um einen Fall von Lepra tuberoso-anaesthetica bei einer alten Frau. Pat. bot das typische Bild der Facies leonina, Schwund der Augenbrauen, Lagophthalmus etc. (Photogramm). Das etwa taubeneigrosse Leprom nahm etwa $^2/_3$ der Cornea mit einem Teil des Limbus und der Sklera ein und wurde ambulatorisch abgetragen. Die von Dr. Weinstein ausge-

mikroskop. Untersuchung ergab ein epithelioïdes Granulom mit charakteristischen Virchow'schen «Leprazellen» (mit Vacuolenbildung). Die ausgestellten Präparate zeigen massenhafte Leprabacillen, teils intra- teils extracellulär. (Färbung nach Baumgarten und Ziehl-Neelsen).

(Autoreferat.)

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Michelson.

1365. Sitzung am 8. Mai 1908.

I. Vor der Tagesordnung demonstriert Petersen einen Fall von Blastomykosis.

Befallen von der schwammigen Infiltration der Haut ist bei der Patientin der dorsale Teil des linken Handgelenks. Die Culturen sind gelungen und zeigen eine Art von Hefepilzen. Der Process hinterlässt keine Narben. Therapeutisch werden grosse Gaben Jodkali lange Zeit hindurch empfohlen.

Discussion:

Tiling: Hefe ist zur Zeit als Heilmittel, besonders bei Furunculose sehr beliebt; wenn sie auf der Haut eine Dermatitis hervorrufen kann, so fragt es sich, ob sie nicht auch im Darm Schaden stiften kann.

Petersen: Schleimhautaffectionen des Darmes, durch Hefe verursacht, sind bekannt.

Ucke: Im normalen Kote des Menschen sind Hefepilze in grosser Menge vorhanden, woraus hervorgeht, dass sie doch wohl nicht so schädlich sind.

Wladimirow: Unter den Hefepilzen giebt es auch pathogene Arten, sodass ein eventueller Schaden ohne weiteres nicht auszuschliessen ist.

Petersen: Unter 50 Arten von Hefepilzen sind bisher 7 als pathogen erkannt worden, doch ist über deren Wesen nichts Genaueres bekannt.

II. Lunin hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Harnuntersuchungen bei Scharlach, Masern und Diphtheritis auf die intermediären Producte des Stoffwechsels.

Mit Demonstration des Untersuchungsverfahrens und vieler Curven von untersuchten Krankheitsfällen.

(Vorläufige Mitteilung. Ausführliche Arbeit soll im Druck erscheinen).

Discussion:

Wladimirow: Ist die Bestimmung des Niederschlages durch Centrifugieren nicht genauer als die durch Sedimentieren, wie es beim geschilderten Verfahren geübt wurde?

Lunin: Versuche habe ich auch mit dem Centrifugieren angestellt, allein die Resultate waren nicht übereinstimmend zwischen den beiden Untersuchungsreihen.

Wladimirow: Beim Centrifugieren müssten die Resultate constantere sein, da dabei der Niederschlag fester zusammensintert.

Westphalen: Das Auftreten der intermediären Producte im Harn ist nicht nur durch Sauerstoffmangel bedingt, sondern noch durch viele andere Ursachen, besonders durch nervöse Einflüsse.

Ucke möchte bezweifeln, dass die ausgeschiedenen Leukomaine wirklich als Abbauproducte anzusehen sind. Vielleicht handelt es sich nur um eine durch die Krankheit gestörte Assimilierung der zugeführten Nährstoffe, analog den Vorgängen bei der fettigen Degeneration der parenchymatösen Organe, welche heute nicht mehr als Degeneration aufgefasst wird, sondern als gestörte Fettassimilierung.

Wladimirow: In jedem Fall kommt es auf einen Verlust, auf eine quasi Luxuswirtschaft im Abbau des Organismus heraus.

III. Albanus: Demonstration eines Präparates von Thrombose der Arteria pulomonalis dextra.

Discussion:

Westphalen: Wie ist die Entstehung dieser Thrombose zu erklären? Die Praemisse für jede Thrombose ist die Alteration der Gefässwand, wobei wir wissen, dass in der Pulmonalarterie niemals Sklerose vorkommt, umsomehr als die Pulmonalis gar keine Arterie im streng histologischen Sinne ist. Wie will Grawitz zwischen Embolie und Thrombose hier unterscheiden? Diese Unterscheidung ist meiner Meinung nach gar nicht möglich. Im vorliegenden Fall handelte es sich zunächst um einen Embolus, an welchen sich ein geschichteter Thrombus angeschlossen hat.

Albanus: Nach Grawitz sind bei Herzklappenfehlern die Thromben sehr oft unechte. Nach ihm sind die Lungeninfarcte immer thrombotischer Entstehung. Aufrecht führt mehr als die Hälfte der Lungeninfarcte auf Embolien zurück, die übrigen auf Thrombose, welche durch eine chronische proliferierende Veränderung der Adventitia bedingt werde. Mithin sei Thrombose gar nicht so selten, zumal die primäre Gefässwandalteration bestehe.

Fick: Wie unterscheidet Aufrecht an einem Thrombus, ob er embolischen oder thrombotischen Ursprungs sei?

Albanus: An der Hand der Veränderung der Gefässwand.

Director: Dr. W. Kernig.
Secretär: Michelson.

Mitteilungen aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

1868. Sitzung vom 6./19. Februar 1908.

Anwesend 51 Mitglieder, als Gäste die DDr. Makaweisky, Biehler, Brennson.

Dr. von Sengbusch demonstriert Photogramme eines lupuskranken Kindes und das jetzt gesunde Kind: vor Jahren, während der Behandlungszeit, ist dasselbe auch in verschiedenen Stadien demonstriert worden, jetzt ist dasselbe 15 Jahre alt, seit $3^1/_2$ Jahren recidivfrei, die Oberlippe, die stark eingesunken war, hat sich durch eine vor kurzem vom Dentisten Repsold angefertigte Prothese sehr schön gehoben, es hatten alle Vorderzähne wegen der lupösen Erkrankung des Gaumens entfernt werden müssen. Die Nasenflügel, die vollkommen zerstört waren, haben sich gut ersetzt, sind nur noch etwas flach und eingesunken. Er meint, ob hier nicht Paraffininjectionen am Platze wären; Dr. von zur Mühlen warnt vor letzteren, da sie nicht harmlos seien, es seien nach anfangs gutem Gelingen recht schwere secundäre Störungen dabei beobachtet.

Ferner demonstriert Dr. v. Sengbusch einen Pat. mit einem Unterschenkelbruch nebst Röntgenbildern, die Knochen stehen in leichter Winkelstellung, Fibula verheilt, Tibia ganz lose, es waren 14 Wochen seit dem Unfall vergangen, als Pat. in seine Behandlung kam, nach einem Gypsabguss wurde sofort eine Celluloidhülle angefertigt, dir in den ersten Wochen die Sohle und Hacken mit umfasste. Pat. konnte damit gleich anfangen, fest aufzutreten, neben Hackmassage, kamen Stauungen und Schwitzbäder in Anwendung, von der 3. Woche an zeigten die Fragmente deutliche Tendenz zum Festwerden und jetzt steht baldige absolute Consolidation in Aussicht. In $1^1/_2$ Jahren sei dieses sein 4. Fall, den er auf diese Weise behandele, die 3 früheren haben volle Function erreicht; trotz nicht gut aussehender Stellung der Fragmente auf dem Röntgenbilde sei die Verkürzung weniger als 1 cm. — er warnt dringend davor, Unfallpatienten unnütz Röntgenogramme in die Hand zu geben, da dadurch leicht übertriebene Forderungen entstehen, ein mässig geheilt aussehender Knochenbruch kann ganz vorzügliche Function haben.

Punkt II. Dr. Prätorius hält seinen Vortrag über Nasendiphtherie bei einem 3-wöchentlichem Kinde. (Erscheint im Druck.)

Discussion:

Dr. Bertels erinnert daran, dass bei der sogenannten Rhinitis fibrinosa auch oft Löffler'sche Bac. gefunden seien, ob die Krankheitsbilder auseinander zu halten seien?

Dr. Prätorius entgegnet, dass der Ausdruck Rhin. fibr. nur im Allgemeinen das Krankheitsbild bezeichne, es handele sich dabei wohl stets um Diphtherie, allerdings könne auch durch andere Bact., z. B. Staphylococcen dieses Bild zu Stande kommen, man sei aber jetzt so weit, eine scharfe Trennung durch die Untersuchung durchzuführen, und dieses sei notwendig.

Dr. Rimscha: Es kommen recht häufig fibr. Beläge in der Nase vor, meiner Meinung nach werden aber relativ selten Diphtherie-Bacillen dabei gefunden, im positiven Falle aber zeichnen sich die Fälle durch auffallend milden Verlauf aus; woher der croupöse Belag kommt, ist noch fraglich, vielleicht ist eine übergrosse Empfindlichkeit daran schuld.

Dr. P. Klemm bestätigt auch den leichten Verlauf der Nasendiphtheriefälle, leichte Temperatursteigerung bei starkem Fliessen aus der Nase ergebe das richtige Bild eines Schnupfens — er halte auch diese Erkrankung für eine der unschuldigeren Arten der Diphtherieerkrankung.

Dr. von zur Mühlen schliesst sich dem an, betont aber, dass es eine Infectionsquelle für andere abgebe, daher nicht leicht zu nehmen sei, vielmehr in jedem Falle eine Seruminjection zu machen sei.

Dr. Berkholz bemerkt, dass die Diphtherie, falls frühzeitig genug die Diagnose gestellt werde, überhaupt leicht verlaufe, 6–8% Mortalität rechne man. Nur 2 Formen seien gefährlich — das sei ein Uebergreifen auf den Larynx und dann die Mischinfectionen mit Strepto- und Staphylococcen. Die reine Diphtherie der Rachenmandeln und der Nase verläuft immer leicht im Laufe von ca. 14 Tagen. Sehr selten

aber wurde die Erkrankung bei jungen, gesunden Brustkindern beobachtet, erst wenn sie magen-darmkrank sind, inkliniereu sie mehr dazu. Interessant sei die Erfahrung, dass so kleine Kinder 1000 Einheiten — (Behring II D.) sehr gut vertragen, nebenbei sei für richtige Ernährung zu sorgen. Er führt einen Fall seiner Praxis an, wo die Mutter eines 2-monatlichen Säuglings Diphtherie bekam. Sollte er das Kind von der Brust nehmen lassen? Es handelte sich um eine sehr kinderreiche und arme Frau, zu Hause konnte die Mutter wegen der anderen Kinder nicht bleiben. Er nahm daher die Mutter und das gesunde Kind ins Krankenhaus, und letzteres wurde nicht krank, die Mutter genas in 14 Tagen — ein magen- und darmgesunder Säugling hat zur Infectionserkrankung keine Anlage.

Dr. Voss: Die Bezeichnung Rhinitis fibr. muss aus der Nomenclatur schwinden, da es sich zum grössten Teil um Diphtherie dabei handelt, dass es sich oft um Pseudodiphtheriebacillen dabei handeln soll, beruht meiner Meinung nach auf bacteriologischem Irrtume. Der Verlauf der Erkrankung ohne Seruminjectionen zieht sich oft über Wochen bis zu einem Monat hin, dadurch bilden sich stets neue Membranen, und diese Patienten sind als gefährliche Infectionsherde bei der Verbreitung der Krankheit anzusehen. Meiner Erfahrung nach ist nur die reine primäre Nasendiphtherie harmlos, bei primärer Erkrankung des Rachens und Uebergreifen zur Nase hingegen ist der Verlauf ein schwerer.

Dr. Berkholz: die Frage der Pseudodiphtheriebacillen ist nach der neuen Färbmethode auch ohne Tierexperiment als geklärt anzusehen, und Erkrankung mit Pseudodiphtheriebacillen sind sehr selten.

Dr. Schabert: das Ausstrichpräparat zur Verwertung der Diagnose spielt keine Rolle mehr, unbedingt sicher ist aber die Neissersche Färbmethode; nach einer Modification der Methode gelingt es jetzt, die Untersuchung mit grosser Sicherheit bis auf 5 Stunden abzukürzen.

Dr. Kraunhals ist vom Ausstrichpräparat auch ganz abgegangen und bedient sich nur noch des Culturverfahrens, das das Gefühl der grossen Sicherheit auch in zweifelhaften Fällen gebe. Er berichtet über 2, lange Zeit nicht erkannte Fälle von Nasendiphtherie bei 2 alten Damen von 85 resp. 90 Jahren, wo nach Stellung der Diagnose eine Injection schnelle Heilung brachte.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

1870. Sitzung vom 19./III. 1908.

Anwesend 56 Mitglieder, als Gäste DDr. Sarfels, Lempert, Girgensohn, Modawnek, Brennson.

Dr. P. Klemm: Demonstration eines operierten Falles von Syndaktilie (Verwachsung der Finger und zwar des III. und IV. beider Hände). Es sei eine scheinbar geringfügig und leicht zu beseitigende Abnormität, operativ aber doch nicht so einfach vorzunehmen, einfache Durchschneidung führe nie zum Ziele, da die Wundflächen von der Fingerbasis aus wieder verwachsen. Langenbeck versuchte vom Dorsum der Hand Hautlappen zu überpflanzen, da die Lappen dünn sind sterben sie leicht ab und verschlimmern die Sache durch gleichzeitige Narbenbildung auf dem Handrücken. Auch das Durchschneiden mit Versuchen der Thier'schen Transplantation hat keine guten Erfolge gehabt.

Er habe in diesem Falle einen grossen dreieckigen Lappen vom Oberschenkel genommen und ihn anheilen lassen, der Effect ist ein sehr guter, die Function vollkommen, die Wunden an den Beinen durch Transplantation geheilt. Die Lappen, die an den Fingern angewachsen sind, sehen noch etwas plump aus, werden aber noch schrumpfen.

Dr. E. Schwarz hält seinen Vortrag über «Unfallneurose als epidem. Volkserkrankung» und spricht auch über die Verhinderung derselben. — Er demonstriert im Anschluss daran 2 Patienten aus dem Krankenhause, von denen der eine, der vor vielen Jahren einen Unfall erlitten, als Rigenser das Krankenhaus von Zeit zu Zeit aufsucht, sehr erhebliche Spasmen im rechten Arm und Hand hat, so dass er nur mit Mühe einen Löffel zum Munde führen kann, gleichfalls gelingt es ihm kaum, aus einem Glase Wasser mit dem Löffel zu schöpfen; dieser Patient habe es dennoch erlernt, Matten zu flechten und andere kleine Arbeiten zu leisten. Redner meint, dass dieser Patient, falls zur Zeit seines Unfalles schon die Unfallversicherung existiert hätte, starke Ansprüche an die Kasse gemacht hätte und wohl überhaupt nicht dazu gekommen wäre, sich sein Brot selbst zu verdienen.

Dr. P. Klemm: er vermisse als Arzt der hier bestehenden Unfallgesellschaft, der viel mit solchen Fällen zu tun habe, eine genaue Definition der traumat. Neurose. Nach Oppenheim handele es sich um nervöse Störungen nach einem Trauma, die aber im vollen Gegensatz stehen zu der meist ganz geringen Stärke des Traumas. Die medicinische Facultät in Berlin habe später von Prof. Jolly und Leyden ein Gutachten über den Begriff und das Vorhandensein der traum. Neurose erbeten, und diese haben dieselbe überhaupt negiert.

In den beiden hier eben besprochenen Fällen handele es sich nicht um traum. Neurose, sondern um Schädelverletzungen, Compressionen des Rückenmarkes resp. Blutungen, namentlich der erste oben besprochene vorgestellte Patient sei entschieden in seinem Beruf stark gestört und verdiente selbstredend, falls er versichert wäre, eine grosse Entschädigung — aber von traum. Neurose sei bei ihm keine Rede. — Vor ca. 10 Jahren vor Einführung der Versicherungsgesellschaft gab es hier bei uns keine traum. Neurose, es kamen nachher Fälle vor mit ganz geringfügigen Verletzungen des Kopfes bei der Arbeit, die aus irgend welchen Gründen eine Entschädigung herausdrückten, diese haben dann die anderen Fälle nachgezogen, es seien das dieselben Arbeiterköpfe, auf denen bei anderen Gelegenheiten ruhig in der Kneipe Bierflaschen zerbrochen werden können, ohne dass sie eine traum. Neurose bekommen, aber wenn bei der Arbeit sie ein fallender Nagel streift ohne eine Verletzung zu hinterlassen, dieselbe acquirieren sollen. Es wird augenblicklich eine Enquête veranstaltet, um zu erweisen, dass die Arbeiter, die wegen traum. Neurose Capitalauszahlung — dieses ist bei uns meistens der Fall — erhalten haben, wohl sämtlich nach Empfang des Geldes voll arbeitsfähig geworden sind.

Dr. Schönfeldt: die Aerzte seien verpflichtet, diesem Gebiete ihre volle Aufmerksamkeit zuzuwenden: Auch in Deutschland, wo das Gesetz schon 25 Jahre lang besteht, gäbe es noch viele Mängel, namentlich wird auf das ärztliche Urteil nicht genügend Gewicht gelegt. Die Aerzte müssten in diesen Dingen aber stets die ausschlaggebende Stimme haben. Bei uns müsse man sich die Mängel und Fehler der anderen zu Nutzen machen und an jeden einzelnen Fall mit vollkommener Objectivität und ohne Gefühlsduselei herantreten. Er verfolgt seit Jahren solche Fälle mit grossem Interesse, auch nachdem sie mit einer Entschädigung abgefunden, und müsse betonen, dass die traumat. Neurose ohne Frage existiere, es gäbe ein zuverlässigeres Material als die Arbeiter es sind, das seien die gebildeten Leute, die nicht versichert sind, also keinerlei Vorteil zu erwarten haben. Er führe nur an als Beispiel einen Herrn, den er seit 5 Jahren beobachte. Derselbe habe viele Minuten hindurch in grosser Lebensgefahr geschwebt (Schlittengefahr, durchgehendes Pferd), zuletzt sei er in weichen Schnee ohne irgend eine traumatische Läsion gefallen. Resultat — arbeitsunfähig — traumatische Neurose. Ein zweites Beispiel sei ein Zugführer der Strandbahn, der mit Volldampf bei einer Curve einem anderen Zuge entgegenfuhr. Durch stärkstes Bremsen gelang es, die Züge direkt voreinander zum Stehen zu bringen, von den beiden Führern ist der eine arbeitsunfähig geblieben und als Vollinvalide zu betrachten — obgleich er mit einer recht hohen Capitalzahlung abgefunden sei. — Er stimme darin mit Dr. Klemm überein, dass Dr. Schwarz's Fälle, die er vorstellte nicht in die Categorie der traum. Neurose hineingehören. Das Schwergewicht bei Beurteilung solcher Fälle falle in das Gebiet des Neurologen und Psychiaters, und es gäbe unter Umständen kaum eine andere so schwere Diagnose — es würde seiner Meinung nach ebenso viel Unheil angerichtet mit der Diagnose «Simulant», wie auf der anderen Seite mit der Diagnose «traumatische Neurose.» Sehr wichtig sei eine sorgfältige Anamnese, ganz besonders das Moment des wenn auch nur für Secunden bewusst in Lebensgefahrschwebens. Eine Bewusstlosigkeit nach Kopftrauma ohne Kenntnis der Lebensgefahr habe für die psych. Aetiologie meist garnichts zu bedeuten; es käme noch in Betracht die hereditär belastete und psychopatische Natur des Individuums.

Dr. Stender giebt seiner Meinung dahin Ausdruck, dass die traumatische Neurose in weiteren ärztlichen Kreisen bereits bekannt sein dürfte als ein Symptomencomplex, der sich aus neurasthenischen und hysterischen Zeichen zusammensetzt und der nur dadurch eine besondere Färbung erhält, dass der aetiologische Faktor, der Unfall, einerseits und die Begehrungsvorstellungen im Strümpel'schen Sinne andererseits dem Krankheitsbilde ein eigenartiges mehr oder weniger specifisches Gepräge verleihen. — Es gelte ferner, die rein organischen Affectionen des Gehirns, die mit grob anatomischen Laesionen, sei es der Schädeldecke, sei es der Gehirnsubstanz im Sinne von Blutungen etc. einhergehen, dem Krankheitsbild der traumatischen Neurose fern zu halten. Letztere gehörten unbedingt in die Klinik. Verständlicherweise gelangten jedoch häufig Mischfälle zur Beobachtung, wo es schwer fiele, zu entscheiden, in welcher Richtung die einzelnen Symptome des Krankheitsbildes, ob im Sinne einer Neurose oder im Sinne einer organischen Erkrankung zu gruppieren wären. Kopfschmerzen und Schwindelerscheinun-

gen ständen häufig im Vordergrunde des Krankheitsbildes, und ihre Beurteilung sei oft den allergrössten Schwierigkeiten unterworfen. Je erheblicher die organischen Laesionen, desto eher wird man mit den genannten Symptomen als Folgeerscheinungen rechnen dürfen. — Sehr schwierig sei die Frage der Behandlung der traumatischen Neurose und noch weit von einer endgiltigen Lösung entfernt. Die «jährliche Rente», wie sie in Deutschland üblich, werde fast allgemein verurteilt. Der Kampf um die Rente unterhalte nicht nur das Krankheitsbild, sondern führe zu Unwahrheiten und Uebertreibungen, die einen um so grösseren Rahmen annehmen, je kleiner die gewährte pecuniäre Unterstützung ist. — Bei uns in Riga käme hauptsächlich die Capitalabfindung in Frage. Auch letztere hätte ihre Nachteile. Die Bezeichnung Capitalhysterie giebt dem Ausdruck. Trotzdem meint Redner, sie der Rentenverabfolgung vorziehen zu müssen, und zwar aus naheliegenden Gründen, welche nicht näher erörtert zu werden brauchen. Um all den Uebelständen aus dem Wege zu gehen, ist auf dem Congress in Baden-Baden von Arbeiterhäusern die Rede gewesen. Letztere sollten den Uebergang von der endgiltigen Entlassung des Patienten aus dem Krankenhause bis zur definitiven pekuniären Abfindung darstellen. Einer endgiltigen Verwirklichung dieser Idee dürften enorme Schwierigkeiten entgegenstehen, wobei Ueberwindung für absehbare Zeit ausgeschlossen erscheine. So bleibe denn fürs Erste wenigstens die angeregte Frage eine offene. Viel Zeit und Arbeit sei noch erforderlich, um einer befriedigenden Lösung näher zu kommen. Dem Standpunkt jedoch, jeden Unfallverletzten durch Entziehung jeglicher pecuniären Unterstützung zur Arbeit zu zwingen, könne Redner sich nicht voll und ganz anschliessen. Es gebe Fälle, welche durch eine derartige Massnahme zu dauerndem Siechtum verurteilt wären.

Dr. E. Schwarz. Er habe die beiden Fälle nur deshalb vorgestellt, um zu zeigen, wie schwere traumatische Läsion ausheilen können, ohne zur traum. Neurose zu führen. Vor dem Unfallgesetz haben die Fälle der traumatischen Neurose zu den grössten Seltenheiten gehört und das Urteil der Neurologen in Baden-Baden habe auch dahin gelautet, dass dieselbe überhaupt nicht zu existieren brauche und nur durch das Gesetz geschaffen sei.

Dr. Tiling meint, dass auf das psychische Moment zu wenig Gewicht gelegt wird. Man beobachte auch psychische Epidemien auf anderen Gebieten, und dieses beweise doch, dass gewaltige Wirkungen im psych. und somatischen Befinden der Menschen hervorgerufen werden können; er neige dazu, dass bestehende Gesetze eine grosse Wirkung auf die Psyche der arbeitenden Klasse ausüben und durch dieselben allerlei gezüchtigt wird.

Dr. Klemm meint, dass nicht nur der Neurologe und Psychiater, sondern alle Aerzte namentlich aber auch Internist und Chirurg bei Beurteilung solcher Fälle mitzusprechen haben. Wichtig sei gewiss die Frage nach der Stärke des seelischen Traumas, das auf die Psyche des Menschen einwirkt, andererseits aber bitte er, an die Arbeiter zu denken, in gefahrvollen Maschinenbetrieben, wo sie stets einer Lebensgefahr ausgesetzt sind, oder an Matrosen bei schwerem Sturm auf dem Schiffe oder endlich an die Soldaten im Gefechte, warum kämen da keine traum. Neurosen vor?

Dr. Voss meint auch, dass ein früher seltenes Krankheitsbild sich in den letzten 20 Jahren sehr ausgebildet habe. Die Frage der Capitalauszahlung und der Arbeiterhäuser sei genannt worden als Hülfsmittel dagegen, doch erscheine ihm auch letzteres nicht als das Richtige. Interessant sei die Erfahrung, die die Dünaburger Eisenbahn früher an den schwer verletzten Arbeitern gemacht habe. Es war da der Modus eingeführt, dass der zu Schaden gekommene nicht einfach mit einer Geldentschädigung entlassen wurde, sondern er wurde unterstützt, musste aber eine Arbeit meist nach freier Wahl leisten. So kenne er einen Fall, in dem einem Arbeiter beide Beine abgefahren waren, der sich die nicht ganz leichte Arbeit des Laternenansteckens auf dem Rangierbahnhofe gewählt hatte und sie jahrelang ausfüllte. Jetzt aber heisst es, ich habe ein Recht zur Rente auch ohne zu arbeiten und dieses wirkt schädlich auf die Psyche des Verletzten.

Dr. M. Schönfeldt. Bei der Behandlung käme es oft auf eine sugestive Wirkung an, der Arbeiter müsse sehen, dass etwas für ihn geschehe. Die Hauptsache bleibe die Bemühung um eine leichte von ihm ausführbare Arbeit mit auch geringerem Verdienste, der Fabrikleitung sei dieses aber meist unbequem, nach einiger Zeit werde er, wenn es auch gelungen ist, ihn so unterzubringen, doch entlassen und der Versicherungsgesellschaft übergeben, resp. an die Luft gesetzt, dann werde der ganze Klageapparat in Bewegung gesetzt und ein solcher Arbeiter ist meist verloren für seinen Beruf, er könnte aber gerettet werden beim Bleiben im Betriebe, wenn er auch weniger arbeitete, wobei auch den Gesellschaften viel erspart bliebe an Mühe, Zeit und Geld vor allem.

Dr. E. Schwarz: Nicht als traum. Neurosen sondern als gesunde habe er die beiden Pat. vorgestellt, dieses hebe er noch einmal hervor. In Deutschland würden die verunglückten Eisenbahner mit vollem Lohne in den Betrieb eingestellt und damit seien schon gute Erfahrungen gemacht worden.

Dr. R. v. Sengbusch,
d. Z. Secretär.

Protocolle des ersten Aerztetages
der
Kurländischen Aerztegesellschaft in Mitau vom 10—12. Mai 1908.

3. Sitzung.

Von 3—7 Uhr nachmittags.

1) Dr. J. Sadikow-Talsen hält seinen Vortrag: «Ueber die Tätigkeit des kurländischen Leprosoriums».

2) Dr. A. Raphael-Mitau hält seinen Vortrag: «Statistisches über die Lepra in Kurland».

(Beide Vorträge sind in der St. Pet. Med. Wochenschrift Nr. 37, 38 erschienen.)

Discussion:

Dr. Mauring-Grobin hält die in der Statistik angeführten Zahlen für wenig zuverlässig. Durch Fortziehen der Kranken in ein anderes Gouvernement, gewinne es den Anschein, als wenn die Krankheit abgenommen hätte — so wäre es wenigstens im Grobinschen Kreise. In zweien seiner Fälle machte es den Eindruck, als wenn die Leprainfection durch Mückenstiche begünstigt worden sei, analog der Malariainfection.

Dr. Raphael-Mitau: Arning giebt die Incubationszeit mit $^3/_4$ Jahren an; einige meiner Fälle erkrankten im 2. Lebensjahr.

Dr. Sadikow-Talsen: Grosses Interesse hat für mich, wie wohl auch für die anderen Versammelten die Arbeit des Collegen Raphael gehabt, durch welche uns endlich die in der kurländischen Medicinalabteilung vorhandenen Daten über den officiell bekannten Bestand der Leprakranken Kurlands zugänglich gemacht wurden. Ihm als Gehilfen des Medicinalinspectors ist es gelungen, sie zur Bearbeitung aus dem Archiv zu bekommen, was mir leider trotz wiederholter Gesuche nicht bewilligt wurde. Wir haben diese Daten durchaus nötig, um Klarheit über den Stand der Lepra in unserem Lande zu erhalten. Ich glaube aber, wir müssen den Herrn Collegen Raphael ersuchen, seine Arbeit fortzusetzen, sie noch zu erweitern dadurch, dass er, von den officiellen Daten ausgehend, ein vollständiges Verzeichnis aller im Lande befindlichen Leprösen zusammenstellt. Die Arbeit ist gewiss keine kleine, namentlich da es gilt, in der Heimat der Leprösen weiterzuforschen. Wenn wir ein genaues Verzeichnis, z. B. ähnlich, wie das für Livland von Dr. Erasmus zusammengestellte, haben, dann erst kennen wir den Feind, den wir zu bekämpfen haben und können radical vorgehen. Aus der Statistik, welche die officiellen Daten geben, und aus meinem Bericht über die Leprosorien kann man ersehen, dass wir noch lange von dem uns gesteckten Ziele, alle Leprösen des Landes zu isolieren und dadurch unschädlich für eine weitere Verbreitung dieser bis jetzt noch als unheilbar zu betrachtenden Krankheit zu machen, entfernt sind. Was sich aus der officiellen Statistik schliessen lässt, habe ich auch für meinen Kreis gefunden: 1) es giebt noch eine Menge Kranker, welche heimlich, ohne irgend welche Massregeln zur Verhütung einer Uebertragung ihres Leidens leben, und 2) dass die Zahl der Leprösen, seit wir Leprosorien haben, nicht abgenommen hat. Wir haben also mit anderen Worten eigentlich bis jetzt das viele Geld und die Arbeit für die Leprosorien, ohne viel zu erreichen, verwandt. Dass wir auf dem bisherigen Wege so wenig erreicht haben, daran sind nicht die Lepravereine schuld, sondern dass von Seiten der Gesetzgebung des Staates und deren Handhabung durch seine Institutionen nicht die erwartete Hilfe eingetreten ist.

Im November 1894 bestimmte eine Commission beim Medicinalrat, dass die Leprösen durch keinerlei schwere Massnahmen der Isolierung und zu strenger Aufsicht dabei bedrängt werden sollen. Erst im März 1902 hat der Medicinalrat es für möglich gefunden, einige Formen der Lepra für ansteckend zu erklären, und es wurde den Gouverneuren aufgetragen, bei ihren Gouvernements-Regierungen Commissionen zu bilden, welche die Aufsicht etc. über die Leprösen des Gouvernements haben sollen. Zugleich sollten Regeln für die Commission und die häusliche Isolierung der Leprösen ausgearbeitet werden.

Wie ich mir dieses vorgestellt hatte, habe ich seiner Zeit in Fellin, auf dem XIV. livländischen Aerztetage des Näheren mitgeteilt, und diejenigen, welche sich dafür interessieren sollten, können es in den Protocollen des livländischen Aerztetages von 1902 finden.

Von irgend einer Tätigkeit dieser Commission habe ich nichts erfahren, wohl aber habe ich vor kurzem die überraschende Entdeckung gemacht, dass sogar in der Kreisstadt Talsen sich seit längerer Zeit einige Leprösen mit ihren Familien ganz häuslich niedergelassen haben, von denen eine Frau sich ihren Unterhalt mit Weben erwarb und ein Mann sich um die Stelle eines Wächters an der rechtgläubigen Kirche bemühte. Das ist mir in meinem eignen Kreise passiert, wie viele aber mögen zu finden sein an Orten, wo man sie nicht vermutet und wo man nicht so sehr auf Lepra fahndet.

Wie schon gesagt, auf die bisher befolgte Weise kommen wir nicht weiter; wir müssen die Leprakranken, wo und wie es sei, isolieren und unter beständiger Controlle haben. Ueber den Modus hierfür müssten wir uns einigen. Wir können uns hierbei die Erfahrungen in den Schwesterprovinzen Livland und besonders Estland zu Nutzen machen. Vor allen Dingen aber, glaube ich, wäre es nötig, unsere Gouvernementsregierung von der Notwendigkeit zu überzeugen, dass sie die dafür nötigen obligatorischen Bestimmungen erlässt. Zweitens müsste man auch Mittel dafür ausfindig machen. In Liv- und Estland haben die Ritterschaften dieselben hergegeben. Sollte unsere Ritterschaft, welche sonst doch so oft aushilft, nicht auch dafür zu haben sein? Ich proponiere daher, das Präsidium unseres Aerztetages zu beauftragen, die in dieser Angelegenheit notwendigen Schritte zu ergreifen, sich mit den betreffenden Autoritäten in Verbindung zu setzen und in oben angeführtem Sinne zu wirken. Auf dem nächsten Aerztetage wäre dann darüber zu berichten und wären eventuell dann auch Vertreter der betreffenden Instanzen zu den Sitzungen einzuladen.

H. Hildebrand meint, ein Blick auf die Karte über Ausbreitung der Lepra zeige doch, wie diese ihre grösste Dichtigkeit an der Küste habe und zum Innern des Landes allmählich abnehme. Es müssten also doch wohl irgend welche maritime Einflüsse, ganz allgemein gesprochen, in der Aetiologie und Ausbreitung der Lepra eine Rolle spielen, das salzige Meerwasser, die vorwiegende Fischnahrung oder dgl.

Dr. Sadikow-Talsen: Der Specialist Hutchinson in England ist der Meinung, dass Lepra durch Fischnahrung hervorgerufen wird, die Norweger scheinen dem beizustimmen. Meiner Erfahrung nach scheint die Lepra mit der Beschäftigung mit Fischerei sicher zusammenzuhängen, doch glaube ich, es könnte auch so erklärt werden, dass durch das Fischereigewerbe und die damit zusammenhängende Reizung der Haut durch Wasser und Schmutz die Infection begünstigt wird. Bis jetzt hat man ja noch nicht Lepra-Bacillen bei Fischen gefunden.

Dr. Mauring-Grobin weist darauf hin, dass das amtliche Material, das Dr. Raphael seinem Bericht zu Grunde gelegt hat, aller Wahrscheinlichkeit nach nicht vollständig gewesen ist. Es ist anzunehmen, dass alle Leprösen überhaupt nicht registriert sind und auch die späteren Berichte über die einzelnen nicht immer genau sein mögen. Immerhin erhält man annähernd ein Bild von der Lepra in Kurland.

Dr. Raphael: Was die Bestrafung der Leprösen betrifft, so ist in den neuen Regeln, die kürzlich vom kurländischen Gouverneur für Lepra bestätigt sind, ein Arrest im Isolationszimmer bis zu drei Tagen vorgesehen. Der Arzt soll aber Arzt bleiben, und die Strafe nicht durch ihn, sondern durch den Verwaltungsrat dictiert werden. — Was den Einfluss der Fischnahrung auf die Lepraerkrankung betrifft, so ist der Fisch von einigen Seiten quasi als Zwischenwirt aufgefasst worden, in dessen Körper der Leprabacillus seine Entwicklung durchmachen soll. Prof. v. Wahl war nicht Anhänger dieser Ansicht.

3) Dr. H. Hildebrand-Mitau hält seinen Vortrag: «Ueber den Stand der Irrenfürsorge in Kurland». (Der Vortrag ist in der St. Petersb. Medic. Wochenschrift, Nr. 36 erschienen).

Discussion:

Dr. v. Lieven-Riga bestätigt aus der Erfahrung der Rothenberger Aerzte, die beständig um Aufnahme von Kranken aus Kurland bäuerlicher Bevölkerung gebeten werden, den grossen Notstand in der Irrenfürsorge für die ländliche Bevölkerung. Es müssen Wege gefunden werden, um möglichst bald eine dritte Classe an der kurländischen Anstalt zu begründen.

Dr. Siebert-Libau empfiehlt eine Commission von Aerzten zu wählen, welche eine Agitation in denjenigen Kreisen einzuleiten hätte, die an der Versorgung von Geisteskranken beteiligt sind, damit die Gründung einer den ärmeren Classen zugänglichen Anstalt zustande käme.

Dr. Sadikow-Talsen: Könnte nicht analog dem früher zu Riga vom livländischen Aerztetag mit Subvention der livländischen und kurländischen Ritterschaft unterhaltenen Asyl für Irre im ersten Stadium, welche in Anstalten nicht Platz fanden, ein ähnliches Asyl bei der Mitauschen Anstalt eingerichtet werden? Die Resultate des damals unter Dr. Behrs Leitung stehenden Asyls waren sehr gute.

Dr. H. Hildebrand ist der Ansicht, dass die Verpflegung von Geisteskranken in von der Gemeinde unterhaltenen Asylen in praxi auf unüberwindliche Schwierigkeiten stosse, schon aus Mangel an Mitteln.

Dr. Kupffer-Goldingen: Es wäre vielleicht angebracht, an den betreffenden kleinen Krankenhäusern provisorische Abteilungen einzurichten, in denen die Kranken verpflegt werden könnten. Auf dem Lande findet man oft die schauerlichsten Zustände hinsichtlich der Verpflegung Irrer; man könne sie sogar noch angebunden finden.

Dr. H. Hildebrand wendet sich gegen Dr. Sadikow, der die Angabe macht, als habe Behr in seinem Asyl in Riga bis zu 50 pCt. Heilung für Geisteskranken gesehen; man dürfe höchstens von 10 pCt. Heilung sprechen, auch wenn die Kranken von vornherein unter die günstigsten Bedingungen in Klinik und Krankenhaus kämen.

Dr. Kupffer-Goldingen schildert die Verhältnisse am Goldingenschen Krankenhause zum Beweise dafür, wie das Bestehen einer kleinen Irrenabteilung in öconomischer Hinsicht für das Krankenhaus nicht unvorteilhaft sei. Da die Irren an Medicamenten kaum etwas verbrauchten und die alten Kleider zum abtragen erhielten, erzielte man an ihnen noch ein Plus an Einnahmen.

Dr. Siebert-Libau proponiert die angeregten Vorschläge der Commission zu überweisen.

Es wird damit die Debatte geschlossen. Die Commissionsfrage soll erst zum Schluss der Sitzung erledigt werden.

4) Dr. L. v. Osten-Sacken hält seinen Vortrag: «Ueber die Notwendigkeit der Organisation des Sanitätswesens auf dem flachen Lande in Kurland».

Der Zweck der heutigen kurzen Auseinandersetzungen besteht darin, auf eine Frage aufmerksam zu machen, die nach Meinung des Vortragenden die Aerzteschaft in den Kreis ihrer Betrachtung ziehen muss; es können fürs erste noch keine concreten Vorschläge gemacht werden, da das nötige Material noch nicht vorhanden ist, um sich eine klare Vorstellung von der factischen Lage des öffentlichen Sanitätswesens zu machen. Der Aerztetag soll nur auf die Verhältnisse hingewiesen und veranlasst werden, zu der Frage Stellung zu nehmen, da es seine ehrenvolle Pflicht wäre, zur Besserung der unbefriedigenden Zustände nach Kräften beizutragen. Bei der Beurteilung der vorliegenden Frage käme es hauptsächlich auf zwei Momente an, erstens auf das im Medicinalwesen sich betätigende Menschenmaterial, also vor allen Dingen auf Aerzte und Hebammen, und zweitens auf die Beaufsichtigung der Bevölkerung in medicinischer Hinsicht. Vortragender weist auf den zunehmenden Mangel an Aerzten in manchen Gegenden des Landes hin, der seine Erklärung in dem geringen Zuzug an frischen Kräften und den ungünstigen pecuniären Verhältnissen findet; in gleicher Weise ist das Land zum Teil in nicht ausreichendem Masse mit Hebammen versorgt, die trotz der vorhandenen Möglichkeit einer guten schulgemässen Ausbildung ebenfalls der unzureichenden pecuniären Sicherstellung wegen in vielen Fällen Lust und Liebe zur Arbeit verlieren.

Wegen zu vieler anderweitigen Arbeiten haben die Kreisärzte nicht die Möglichkeit, ihrer amtlichen Aufgabe nachkommend, auf die sanitären Zustände in ihren Kreisen in genügendem Masse ein wachsames Auge zu haben; dazu gehörten eine regelmässige Beaufsichtigung der schulpflichtigen Jugend in Bezug auf ihren Gesundheitszustand, der Schule selbst in hygienischer und baulicher Hinsicht, der Gemeindearmenhäuser, der mit der Pockenimpfung betrauten Leute und noch manches andere. Bei ausbrechenden Epidemien müsste ein an Ort und Stelle lebender Arzt schnell eingreifen, um mit Hülfe der gesetzlich dazu berufenen Personen eine weitere Ausbreitung der Krankheit zu verhindern. Die Leprafrage und das Irrenwesen wird nicht berührt, da es bereits von anderer Seite geschehen ist. Vortragender wirft die Frage auf, was zur Beseitigung der erwähnten Mängel zu tun wäre und ist der Meinung, dass dabei in erster Linie für eine Vermehrung der auf dem Lande practisierenden Aerzte zu sorgen ist. Durch Schilderung der in Estland ins Leben gerufenen und sich dort durchaus bewährenden Sanitätsreform, bei der die Aerzteschaft in hervorragendem Masse mitgearbeitet hat, wird der Beweis erbracht, dass auch die kurländische Aerztegesellschaft sehr wohl die Initiative in dieser Frage ergreifen kann. Estland ist in eine Anzahl von Sanitätsbezirken geteilt, dem je ein sog. Sanitätsarzt vorsteht, der die Aufgabe hat, in jeder Richtung auf das Gesundheitswesen der in seinem Bezirk lebenden Bevölkerung zu achten; für diese amtliche Tätigkeit bezieht er aus einem aus Prästandenmitteln ausgeworfenen Fond ein jährliches Fixum und hat ausserdem

noch die Möglichkeit, seiner freien Praxis im Kreise nachzugehen. Da letztere nach einer von der Aerztegesellschaft ausgearbeiteten festen Taxe geschieht, die allgemein angenommen ist, so haben die Landärzte ein durchaus genügendes Einkommen, und das Land ist ausreichend mit Aerzten versehen. Aus demselben Landfond werden Hebammen gagiert und gewisse Summen zur Einrichtung von Doctoraten und kleinen Krankenstationen ausgeworfen.

Vortragender weist darauf hin, dass fürs erste an eine Beschaffung der nötigen Mittel zwar nicht zu denken ist, und erst nach Einführung der zu erwartenden Selbstverwaltung eine practische Ausführung etwa von Seiten der Aerztewelt sich ergebender theoretischer Wünsche ermöglicht werden könnte. Diese müsse aber an die Sammlung des zur richtigen Beurteilung der Verhältnisse nötigen statistischen Materials gehen, und da diese Arbeit voraussichtlich viel Zeit in Anspruch nehmen wird, mit dem Beginn nicht etwa bis zur Einführung der Selbstverwaltung warten. Die von Seiten der Aerzte geäusserten Wünsche würden gewiss gerne von der neuen Körperschaft gehört und bei der Organisation des Sanitätswesens berücksichtigt werden

Falls der diesjährige Aerztetag sich der Meinung des Vortragenden anschliessen wolle, dass an die Bearbeitung der Frage überhaupt zu gehen und diese sofort in Angriff zu nehmen sei, so schlage er vor, eine fünfgliedrige Commission zu erwählen und ihr den Auftrag zu geben, unverzüglich an die Sammlung des nötigen Materials über Verteilung der Aerzte und Hebammen, Krankenhäusern und dergleichen zu gehen, auf Grund des sich dabei herausstellenden Bildes bestimmte Anträge zu formulieren und sie, wenn möglich, dem nächsten Aerztetag vorzustellen.

(Autoreferat.)

Discussion.

Dr. H. Hildebrand fragt bei der Verammlung an, ob sie die Reform für notwendig hält, und stellt, als diese Frage einstimmig bejaht wird, die Propositionen Dr. v. Sackens zur Discussion.

Dr. v. Lieven-Riga proponiert getrennte Commissionen, die eine für die Frage der Irrenfürsorge, die andere für die Sanitätsreform zu wählen.

Dr. Sadikow-Talsen proponiert als II. Commission: H. Hildebrand-Mitau, Siebert-Libau, Pelling-Mitau.

Dr. Wagner-Waldheim betont die Notwendigkeit der obligatorischen Anstellung von Schulärzten (Controlle der Impfung etc.) Ein diesbezügliches Gesetz besteht bisher nicht und ist dahin zu arbeiten, dass die Gemeinden hierzu verpflichtet werden.

Dr. Hildebrand-Mitau proponiert Wagners Erwägungen zu berücksichtigen.

Dr. Kupffer-Goldingen: Die Commission solle auch darauf sehen, dass bei den Schulen bestimmte Isolierräume geschaffen würden, in denen epidemisch Erkrankte isoliert werden könnten.

Dr. Mauring-Grobin: Was die Schulgebäude anlangt, muss der Plan jeder neu zu erbauenden Schule dem Kreisarzt zur Begutachtung vorgestellt werden, und da kann ja der Kreisarzt seine Forderungen in hygienischer Hinsicht durchsetzen.

Dr. Kügler richtet an Dr. v. Sacken die Anfrage, ob die Commission sich lediglich mit sanitären Fragen beschäftigen soll, oder eventuell auch mit anderen, z. B. der Honorarfrage resp. der Ausarbeitung einer Taxe für die Leistungen der Aerzte. Es herrsche in dieser Sache eine grosse Uneinigkeit auch bei nahe an einander practisierenden Collegen.

Dr. H. Hildebrand ist der Ansicht, dass die von Dr. Kügler herangezogenen Fragen nicht in den Rahmen der augenblicklichen Debatte gehören.

Dr. Siebert-Libau schlägt die Ausarbeitung sanitärer Verordnungen vor.

Dr. Raphael-Mitau: Falls in einer Schule auf dem Lande eine ansteckende Krankheit ausbricht und zwar im Schulgebäude selbst, so ist zufolge einer Senatsentscheidung der Arzt nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, die Schule zu schliessen — selbst gegen den Willen des Inspectors.

Dr. von Sacken-Mitau schlägt vor, die Commission solle eine Zusammenstellung aller das Medicinalwesen Kurlands betreffenden Gesetzesbestimmungen veranlassen.

Dr. Wagner-Waldheim erwidert Dr. Raphael, dass seiner Ansicht nach der Einfluss des Arztes auf die Schule bisher kein officieller, sondern bestenfalls erbetener, dazwischen kaum geduldeter sei. Es handelt sich also darum, eine officielle Handhabe und Gagierung zu gewinnen.

Dr. Raphael-Mitau: Für ministerielle Schulen besteht die Verpflichtung, einen Schularzt anzustellen.

Dr. Sadikow-Talsen: Für Pocken existiert ein Impfreglement, wonach alle Schüler bei der Aufnahme in die Schule ein Impf- resp. Revaccinationszeugnis vorweisen müssen, sonst können sie nicht aufgenommen werden. Wenn Lehrer und die mitverantwortlichen Prediger dieses Reglement nicht einhalten, können sie zur Verantwortung gezogen werden.

Dr. Zoepffel-Libau weist darauf hin, dass es ihm, als er vor Jahren auf dem Lande practicierte, einmal passierte, dass der Volksschulinspector eine Schule, in der Scharlach ausgebrochen war und die vom Referenten geschlossen worden, wieder eröffnete und erst auf die Drohung, dass die Angelegenheit höheren Ortes angezeigt werden würde, wieder zu schliessen gestattete.

Dr. Mende-Eckau erwidert Raphael, dass die sogenannten Ministeriumschulen sich absolut nicht um das bestehende Gesetz kümmern, das ihnen vorschreibt, Schulärzte zu halten.

Dr. Böck-Bathen hat in wenigstens 6 Fällen bei Ausbruch epidemischer Krankheiten in Schulen sofortige Schliessung derselben ohne Widerspruch erlangt.

Dr. Wagner hält es für selbstverständlich, dass bei Fällen von Infectionskrankheiten wie Scharlach, sofort der Schluss erzwungen werden kann. Aber es giebt auch noch andere Dinge, die das Auge und die Nase des Hygienikers in der Schule höchst unangenehm empfindet, deren Abänderung bei den heutigen Zuständen nicht möglich sei.

Dr. Busch weist auf die schlimme Lage hin, in der sich augenblicklich die Gemeinden befänden, da sie von vielen fortgezogenen Gemeindegliedern nicht die Abgaben beitreiben könnten; die Prästanden haben für Kurland eine andere Bedeutung, wie für Estland. Aenderung könnte erst eine Selbstverwaltung schaffen.

Dr. H. Hildebrand giebt zu, dass die Gemeinden durch Aufhebung der gegenseitigen Haftpflicht und durch die Nötigung jedermann, auch wenn er nicht seine Abgaben zahle, einen Pass ausreichen zu müssen, in eine schwierige Lage gebracht seien. Was die Prästandengelder anbetreffe, so liege die Sache so, dass das Land vor Einführung der Selbstverwaltung über diese Summe nicht frei verfügen könne. Das Capital sei ein sehr beträchtliches.

Dr. v. Sacken weist darauf hin, dass die Verfügung über die Mittel der Prästanden in Kurland im Gegensatz zu Estland nicht dem Landtag, sondern dem Ministerium zusteht.

Dr. Kupffer-Goldingen: Bei Ausbruch einer Epidemie dürften die Kinder nicht nach Hause in die Gesinde geschickt, sondern sollten in die zu schaffenden Isolierräume aufgenommen werden.

Dr. Mauring-Grobin erwidert Dr. Kupffer, dass Krankenzimmer bei den Schulgebäuden nur für kurzdauernde Isolierung benutzt werden könnten, nie und nimmer aber bis zur Genesung der an epidemischen Krankheiten leidenden Schulkinder.

Dr. Mende proponiert etwaige Vorschläge der Commission schriftlich einzureichen.

Dr. Kleinberg proponiert der Commission, sich der Verpflegungsfrage der Schulkinder anzunehmen. Es sei eine bekannte Tatsache, dass die meisten der die ganze Woche in der Schule verbleibenden Kinder während dieser Zeit keine warmen Speisen bekommen, sondern auf die mitgenommenen Mundvorräte angewiesen sind.

Es wird die Commissionsfrage erledigt, und bestimmt, zwei Commissionen zu wählen.

In die Commission zur Beratung der Sanitätsfrage werden gewählt: Dr. Otto-Mitau, Dr. Raphael-Mitau, Dr. v. Sacken-Mitau, Dr. Sadikow-Talsen, Dr. Sadding-Hasenpoth.

In die Irrenfürsorgecommission werden gewählt: Dr. Hildebrand-Mitau, Dr. Siebert-Libau, Dr. Pelling-Mitau.

5) Dr. S. Ischreyt-Libau hält seinen Vortrag: «Neuere Medicamente in der Augenheilkunde». (In der «St. Pet. Med. Wochenschr.», Nr. 35 erschienen.)

Discussion:

Dr. Wagner-Waldheim fragt Dr. Ischreyt, ob er eigene Erfahrungen über Jequiritol habe.

Alypineinträufelungen brennen sehr und werden von den Patienten meist sehr unangenehm empfunden.

Dr. Ischreyt-Libau: Ich hatte mir vor längerer Zeit ein Römersches Jequiritolbesteck kommen lassen und mit dem Mittel an einer Reihe von Patienten Versuche angestellt. Die Erfolge waren im Allgemeinen unbefriedigend, in einem Falle wurde sogar eine Verschlechterung des Visus festgestellt, indessen will ich nicht aus diesen wenigen Versuchen den Schluss ableiten, dass das Mittel nicht zu brauchen sei. Leider verhinderten äussere Gründe eine Fortführung der Behandlungsmethode. Das Jequiritol ist nämlich sehr teuer, und die Behandlung darf meiner Meinung nach nur klinisch erfolgen; da es sich nur fast ausnahmsweise um gänzlich unbemittelte Patienten handelt, ist die Nutzanwendung eine sehr beschränkte.

Dr. von Sacken-Mitau erinnert an die vorzügliche Wirkung des Homatropins zu diagnostischen Zwecken, da die Erweiterung der Pupille schnell vorübergeht.

Dr. Ischreyt-Libau schliesst sich Dr. von Sacken vollkommen an; wenn er das Mittel nicht in seinem Vortrag erwähnt hat, so geschah es deshalb, weil dasselbe nicht eine Errungenschaft der letzten Jahre sei.

Dr. Hoheisel-Mitau betont die ausgezeichnete Wirkung des Adrenalins, das er bei seiner Anwendung in der Rhinologie häufig erprobt hat.

Dr. Kupffer-Goldingen: Ich erlaube mir die Frage zu stellen, ob die Herren Collegen Erfahrungen über Fibrolysin bei Aufhellung von Hornhautnarben mitteilen könnten.

Dr. Ischreyt-Libau hat Fibrolysin selbst nicht angewandt. Er erinnert sich aber einer Arbeit Brandenburgs aus dem vorigen Jahre, nach welcher dieses Mittel keinen Einfluss auf Hornhautentzündungen, Hornhauttrübungen und Uveitis geäussert hätte.

---

4. Sitzung.

Sonntag, den 11. Mai. Von 9—1 Uhr Vormittags.

1. Dr. R. Brutzer-Riga. Demonstration von Röntgenbildern.

Die Demonstration von Röntgenbildern sollte nicht ein specielles Gebiet des Knochensystems oder einzelne Organe, die dieser Untersuchungsmethode zugänglich sind, behandeln, sondern es handelte sich darum, an Beispielen aus verschiedenen Gebieten zu zeigen, was die Methode vermag.

Um die Erkrankung der Knochen in den verschiedenen Stadien anschaulich zu gestalten, war es geboten, möglichst von gleichen anatomischen Verhältnissen auszugehen. Zum Object wurde daher die untere Extremität mit ihren Gelenken und dem Becken gewählt. Zunächst wurden die Fracturen und Luxationen gezeigt. Von letzteren sind congenitale Luxationen des Hüftgelenks zu erwähnen, auch noch unblutige Reposition im Gipsverband, wobei der Nutzen betont wurde, den die Röntgencontrolle nach angelegtem Gipsverband bietet. An Photogrammen von infectiösen Erkrankungen der Knochen und Gelenke wurden die differential-diagnostischen Merkmale hervorgehoben an typischen Bildern von Osteomyelitis, Tuberculose, Lues, Arthritis deformans u. a. Von beginnender Periostauflagerung bis zu den hochgradigsten Zerstörungen und Verunstaltungen waren die einzelnen Phasen der Erkrankung vertreten, auch operative Eingriffe an Knochen und Gelenken und ihre Folgezustände, z. B. Ankylosen. Daran schlossen sich Bilder von Tumoren. Auf Fremdkörper konnte gelegentlich die Aufmerksamkeit gelenkt werden, auf Nadeln, Projectile, auf Reste von Jodoforminjectionen und die Schatten von Gummidrainagen, die nach operativen Eingriffen eingeführt waren. Eine Serie von Thoraxaufnahmen zeigte Aneurysmen der Aorta in verschiedener Ausdehnung. — Alle diese Bilder wurden auf Negativplatten an einem geeigneten Beleuchtungsapparat demonstriert.

Im Sciopticon wurden noch einige vorher verkleinerte Diapositive in bedeutender Vergrösserung vorgeführt: an einem Schädel in 2 Aufnahmen war der Sitz eines Projectils festzustellen und die anatomischen Verhältnisse im Innern des Craniums; ferner eine Reihe von Handaufnahmen. An Arbeiterhänden wurde Osteophytbildung an den Ansätzen des Bandapparates der Interphalangealgelenke gezeigt und die entsprechenden Veränderungen des Daumens als typisches Vorstadium der Arthritis deformans und weiter Bilder hochgradiger deformierender Gelenkerkrankung. Endlich einige Erkrankungen der Handwurzelknochen, von denen herdförmige Erkrankung und Fractur des os naviculare hervorzuheben wären.

(Autoreferat.)

2) Dr. H. Idelsohn-Riga. Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Dysbasia angiosclerotica (mit Demonstrationen).

Dr. Idelsohn-Riga referierte an der Hand von Projectionsbildern und Microphotographien über einen Fall von Gangrän der Zehen infolge von Endarteriitis obliterans bei einem 27-jährigen Mann. Derselbe befand sich ca. 6 Jahre in der Beobachtung des Referenten und litt an typischer Dysbasia angiosclerotica mit fehlenden Fusspulsen. Im November 1907 wurde der rechte Unterschenkel wegen Gangrän amputiert; die mikroskopische Untersuchung der Arterien, Venen und Nerven von dem Amputationsniveau — oberes Drittel des Unterschenkels — ergab sehr interessante Gefässthrombosen innerhalb der grösseren und kleineren Gefässe, Verengerungen der Centralgefässe an den grösseren Nerven, myositische Veränderungen in der Wadenmusculatur etc. Interessant ist an dem Fall, der in der zugänglichen Literatur kein Analogon findet, dass die Verengerung des Gefässlumens nach der Peripherie hin weniger stark ausgesprochen ist als zum Centrum hin; dass ferner keine eigentliche Endarteriitis, sondern eine multiple Thrombenbildung mit nachfolgender Organisation des Thrombus vorliegt, wobei ebenfalls die centralwärts gelegenen Thromben älteren Datums zu sein scheinen; dass endlich die Nerven fast gar keine Veränderungen aufwiesen; es bestand nur eine starke Perineuritis bei völliger Intactheit der Markscheiden und Axencylinder.

Im Anschluss an die Demonstration ging Vortragender kurz auf die Klinik der Dysbasia angiosclerotica ein, wobei auf die Bedeutung des Lebensalters der Erkrankten hingewiesen wurde: je jünger das Individuum ist, desto ungünstiger sei die Prognose. Es scheint übrigens wünschenswert, eine Differencierung zwischen der Dysbasia angiosclerotica und der senilen Gangrän auch mit Rücksicht auf den pathologisch-anatomischen Befund anzustreben. (Die Arbeit erscheint ausführlich in der «Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde».)

(Autoreferat.)

Discussion:

Dr. H. Hildebrand hat auch eine Reihe von Fällen mit intermittierendem Hinken behandelt und rühmt neben der von Erb empfohlenen Anwendung von Herztonicis (besonders Strophantus) auch den Einfluss der galvanischen Fussbäder, nach Art des Zweizellenbades, das ihm immer gute Dienste geleistet habe, ganz besonders in einem Falle, den er gemeinsam mit dem Vortragenden zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelte sich um einen ca. 60-jährigen Mann, bei dem sämtliche Fusspulse fehlten, und das Gehen hochgradig beeinträchtigt war. Nach längerdauernder Anwendung der galvanischen Fussbäder war ganz erhebliche Besserung zu verzeichnen: die Pulse in dem einem Fusse kehrten wieder. Patient ist heute im Stande, grössere Strecken ohne Ermüdung und ohne stehenbleiben zu müssen, zurückzulegen. Hildebrand richtet an Dr. Brennsohn die Frage, ob er derartige Patienten mit dem Vierzellenbad behandele, und mit welchem Erfolg?

Dr. Brennsohn-Riga teilt seine Erfahrungen mit den galvanischen Bädern (Vierzellenbad) mit, die mit denen Dr. Hildebrands übereinstimmen. Es trat bei dieser Behandlung in zwei Fällen seiner Praxis wesentliche Besserung der Gehbeschwerden ein, in Betreff der gymnastischen Behandlung ist er der gleichen Meinung wie Dr. Idelsohn, dass brüske Bewegungen schädlich seien; gegen vorsichtig ausgeführte passive Bewegungen sei dagegen nichts einzuwenden, eine solche Gymnastik dürfte sogar von Vorteil sein. Was die Massage anbetrifft, so ist eine locale zu vermeiden, hingegen die der nicht erkrankten Körperpartien wegen günstiger Beeinflussung des Blutdruckes zu empfehlen.

Dr. H. Hildebrand ist der Ansicht, dass auch passive Bewegungen bei der Behandlung der Dysbasia angiosclerotica in keinem Fall herangezogen werden sollten, da wegen der Gefahr der Thrombose und Gangrän das Mass sowohl der activen wie der passiven Bewegungen des Kranken auf das Allernotwendigste beschränkt werden muss.

Dr. Zoepffel-Libau weist darauf hin, dass gerade in den Ostseeprovinzen seiner Erfahrung nach die Arteriosclerose sehr verbreitet ist, und ist ganz der Ansicht des Vortragenden, dass unser Klima resp. die bei uns so intensiven Temperaturschwankungen auch mit ein integrierendes Moment in der Aetiologie der Arterioslerose sind.

Dr. Thilo-Riga schliesst sich den Ausführungen Dr. Brennsohns an. Er führt zwei Fälle an, die er durch vorsichtige Massage und Uebungen heilte.

Prof. Zoege hat in Dorpat sehr erfolgreich mit Massage und Uebungen mehrere Fälle behandelt.

Dr. H. Hildebrand giebt zu, durch die Ausführungen von Dr. Thilo eines besseren belehrt worden zu sein. Er habe weniger aus eigener Erfahrung gesprochen, als von der theoretischen Erfahrung ausgehend, dass auch die passiven Bewegungen im Sinne der eintretenden Thrombose mit nachfolgender Gangrän eine Gefahr für den Patienten involvieren könnten. Aber natürlich seien ja die Erfolge der Praxis massgebend.

Dr. Stender-Riga führt aus der Literatur einen Fall an, bei welchem das Symptom des intermittierenden Hinkens an der Zunge beobachtet worden ist. Differentialdiagnostisch käme in derartigen Fällen die Myasthenia gravis in Betracht. — Was die Aetiologie des intermittierenden Hinkens anbetrifft, so falle sie im wesentlichen mit den bei der Arteriosklerose im allgemeinen geltenden Momenten zusammen. Redner erörtert ausser dem ungünstigen Einfluss der Witterung noch nervöse Momente angiospastischer Natur und erwähnt ferner die enorme arteriosklerotische Veränderung der Gefässe in Extremitäten, die viele Jahre event. Decennienlang zu gleichbleibender Arbeit benutzt worden sind. — Sei nun einerseits die Arteriosklerose als Ursache des intermittierenden Hinkens allgemein anerkannt, so sei es andrerseits an-

zweifelhaft, dass das gestörte Princip der Haemodiarrhysis den Symptomencomplex auslöse.

Die schlechte Prognose, die das intermittierende Hinken bei jugendlichen Individuen darbietet, falle wohl mit der schlechten Prognose, die die Arteriosklerose im jugendlicheren Alter überhaupt hat, zusammen.

Was die Therapie des intermittierenden Hinkens anbetrifft, so sei man mit der Bewertung der galvanischen Fussbäder vorsichtig, zumal sie niemals allein, sondern stets in Verbindung mit Jod und allgemeiner Ruhe und Schonung des Patienten angewandt würden.

Dr. H. Hildebrand pflichtet der Meinung Stenders bei, dass bei der Dysbas. angioscl. Verhältnisse der veränderten Blutcirculation und des Blutdrucks die Hauptrolle spielen. Eine Steigerung des Blutdrucks durch Darreichung von Herztonicis beeinflusst das Leiden entschieden günstig.

Dr. Hirsch-Reval referiert über einen Fall von Dysbasia, der längere Zeit gewisse Abweichungen vom gewöhnlichen Bild der Krankheit geboten hat, aber durch den weiteren Verlauf der Krankheit doch schliesslich sich unzweifelhaft als Dysbasia erwiesen hat. Es handelt sich um einen Herrn von ca. 50 Jahren mit allgemeiner Arteriosklerose. Es traten ziemlich unbestimmte Schmerzen im rechten Fuss auf, die sich ohne nachweisliche Ursache bis zur unerträglichen Stärke steigerten. Patient wurde bettlägerig und konnte nur mit Hilfe von Morphium im Laufe von 3—4 Monaten die beständigen Schmerzen ertragen. Es fand sich kaum chirurgisch nachweisbare Ursache der Schmerzen, wohl aber Fehlen aller Pulse der Fussarterien. Die Behandlung war gegen die Arteriosklerose gerichtet. Im Laufe von ca. 3—4 Monaten besserte sich der Zustand soweit, dass Patient wieder gehen konnte. Jetzt erst trat das deutliche Bild des «intermittierenden Hinkens» zu Tage, welches auch jetzt — wenn auch wesentlich gebessert — noch fortbesteht. Die Behandlung bestand nebenbei noch in galvanischen Fussbädern, denen gewiss eine grosse Bedeutung in solchen Fällen zuzuschreiben ist.

Dr. Idelsohn erklärt sich mit den Ausführungen des Dr. Stender in Bezug auf die vorsichtige Bewertung therapeutischer Massnahmen einverstanden. Aetiologisch sei auf den Plattfuss Gewicht zu legen, und bei Constatierung eines solchen müsse man noch nach den Fusspulsen fahnden, resp. auf Dysbasia angiosclerotica. Auf Grund des vorliegenden Falles scheint es sich nicht um Arteriosklerose sondern um localisierte autochthone Thrombose zu handeln.

3) Dr. K. Tantzscher-Mitau hält seinen Vortrag: «Ueber Krebsforschung und Krebsbehandlung». (In Nr. 46 der «St. Pet. Med. Wochenschr.» erschienen).

4. Dr. Thilo-Riga: «Demonstration einiger Röntgenbilder».

Dr. Thilo-Riga weist darauf hin, dass man die Leistungsfähigkeit eines Arbeiters mit verheiltem Knochenbruch niemals nach einer Röntgenaufnahme allein beurteilen darf. In Deutschland wird der Verletzte stets ausserdem noch genau in einer Klinik beobachtet.

Th. legt einige Röntgenaufnahmen von sehr schweren Knochenverletzungen vor, die mit hochgradigen Verschiebungen der Bruchteile ausheilten. Trotzdem trat nach geeigneter Behandlung eine vollständige Gebrauchsfähigkeit der verletzten Gliedmassen ein. Andrerseits zeigt aber auch Th. Aufnahmen von leichteren, gut verheilten Knochenbrüchen, die lange Zeit sehr bedeutend die Arbeitsfähigkeit störten.

Th. macht darauf aufmerksam, dass bei uns leider viel gegen diese Regel gesündigt wird. Es kommt nicht selten vor, dass einem Verletzten hohe Entschädigungssummen zuerkannt werden, ohne längere Beobachtung, auf Grund von Röntgenaufnahmen.

Th. hält es für wichtig, besonders die Richter auf diesen schweren Kunstfehler aufmerksam zu machen.

(Autoreferat).

Discussion.

Dr. Brutzer-Riga schliesst sich den Ausführungen des Vortragenden durchaus an und betont die Wichtigkeit der Functionsprüfung und klinischen Untersuchung. Die Röntgenuntersuchung ist nur eine Hilfsmethode, wenn sie auch mit dem Wachsen des Wissens auf diesem Gebiet immer unentbehrlicher wird.

5. Es wird der Vortrag von Dr. Kleinberg-Baldohn: «Beitrag zur Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea» verlesen. (In Nr. 37 der St. Petersb. Med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

Dr. Brehm-Libau ist der Ansicht, dass die soeben in Vorschlag gebrachte Therapie wohl für die Fälle mit Erfolg anzuwenden sei, bei denen es sich nicht um echten Volvulus handelt, sondern um den sogenannten Pseudovolvulus, bei dem keine Axendrehung vorliegt, sondern die an und für sich schon chronisch kranke Flexur umgekippt und abgeknickt ist. In diesen chronisch schwer geschädigten Flexuren, deren Mesenterium geschrumpft ist, deren Gefässe z. T. obliteriert sind, genügen schon leichte mechanische Lageänderungen, um die mangelhafte motorische Kraft der Flexur zum Versagen zu bringen, Kot und Gase stagnieren und es treten die bedrohlichen Erscheinungen eines echten Volvulus auf. Riedel hat diese Krankheitsbilder eingehend studiert und empfiehlt bei ihnen energisch mit hohen Einläufen vorzugehen, eventuell in Narcose. Leider recidivieren sie sehr stark, und wo die Kräfte und das Alter es erlauben, sollte man die Patienten quasi im Intervall operieren und ihnen die gefährliche Flexur entfernen, wie v. Bergmann-Riga das in einem Fall mit Erfolg getan hat. Nach Koch sind diese Flexuren ja congenital schon als pathologisch anzusehen, insofern sie abnorm gross sind und ihr labiles Gleichgewicht im Abdomen leicht gestört wird. — Zur Diagnose demonstriert B. sechs Zeichnungen nach dem Leben, auf denen die für Volvulus der Flexur recht typische Configuration des Abdomens zum Ausdruck gelangt. Die gewaltigen, meteoristisch geblähten Flexuren präsentieren sich schon dem Auge, und zwar je nachdem ob die Flexur frontal gestellt ist oder sagital, sieht man beide Schenkel oder nur einen. Die Kuppe liegt in der Regel rechts hoch oben unter dem Rippenbogen, während das linke Hypochondrium, wo die Flexur normalerweise liegt, meist weich und tief eindrückbar ist. An der Kuppe localisiert sich auch zuerst die Gangrän.

Dr. Bergmann-Riga: Die Einführung des Darmschlauchs wird gelegentlich bei den Fällen von Mesenterialschrumpfung der Flexur gelingen, wenn es sich um die geringeren Grade dieser Erkrankung handelt. Es ist nicht ausser Acht zu lassen, dass es aber auch starke Blähungen der Flexur giebt auf rein functioneller Grundlage. Bei diesen wird das Darmrohr natürlich stets die Beseitigung der Erkrankung bringen.

Bei Fällen echter Volvuli hat man sich nicht lange mit den Versuchen aufzuhalten, das Darmrohr einzuführen. Die schwersten Fälle von typischem Volvulus mit Mesenterialbeteiligung machen sehr früh infolge der schweren Gefässalteration ein exquisites Oedem der Rectalschleimhaut. Auffallend ist die Tatsache, dass die Operation des Flexurvolvulus ein verschiedenes Resultat ergiebt. Die besten Resultate hat Dr. Kiwull-Wenden erzielt. Das erklärt sich wohl daraus, dass er seine Fälle früh und nicht vorbehandelt bekommen hat. In die grossen Hospitäler kommen die Fälle meist erst am 3—5 Tage, und es handelt sich oft um Blähungen des ganzen Dickdarms (einmal Gangrän des Colon transversum beobachtet) bis zur vollständigen Lähmung. Man steht nun vor der Frage: Soll man den ganzen Dickdarm resecieren? Allein ein solcher Eingriff wird wohl in allen Fällen die Kräfte des schwerkranken Patienten übersteigen. Man muss sich dabei behelfen mit einer Enteroanastomose zwischen Coecum und Flexur. Referent hat damit Erfolge erzielt. Allerdings gehen auch dabei Patienten an Pneumonie zugrunde, selbst wenn die Darmpassage zur Function gebracht wurde.

(Fortsetzung folgt).

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

St. Petersburg. In der Militär-Medicinischen Academie fanden die diesjährigen Examina am 13. November ihren Abschluss. Es absolvierten das Studium der Medicin: 149 Studenten und 4 freie Zuhörer aus den Balkanstaaten, und ausserdem bestanden das Staatsexamen 15 Externe, die bereits den Doctorgrad einer ausländischen Universität besassen. Bei vielen Studenten hatte sich das Studium weit über die normale Zeit ausgedehnt infolge der wiederholten Ausstände, und ausserdem waren viele dadurch zurückgeblieben, dass sie sich freiwillig zum Sanitätsdienst im letzten Kriege mit Japan gestellt hatten.

— Am 16. November fand die feierliche Eröffnung der neuen geburtshilflich-gynäcologischen Klinik an der Militär-Medicinischen Academie statt.

— Zum Obermedicinalinspector der Flotte ist an Stelle des verstorbenen Wirklichen Geheimrats Dr. W. Kudrin, Dr. A. Sujew ernannt worden.

— In Kiew hat sich eine neue chirurgische Gesellschaft unter dem Präsidium von Prof. N. Wolkowitsch gebildet.

— Der diesjährige Nobelpreis für Medicin soll zwischen den Professoren E. Metschnikow (Paris) und Geheimrat Ehrlich (Frankfurt a. M.) geteilt werden.

— Der bisherige Medicinalinspector des Moskauer Militärbezirks, Dr. J. Maximowitsch ist zum Gehilfen des Obermedicinalinspectors der Armee ernannt worden.

— Dr. Kakuschkin ist zum Privatdocenten für Gynäcologie und Geburtshilfe an der hiesigen Weiblichen Medicinischen Hochschule erwählt worden.

— Die Pirogowsche Aerztegesellsaft hat die Satzungen einer Liga zur Bekämpfung der Tuberculose in Russland ausgearbeitet.

— Wir erhalten soeben folgende Zuschrift von Dr. Ed. Krüger aus Mitau. «Heute beging Dr. Gr. v. Brackel hier das Erinnerungsfest des Tages, an dem er vor 50 Jahren in Dorpat zum Dr. med. promoviert worden war. Der Mitausche Verein practischer Aerzte widmete dem Jubilar als seinem ehemaligen langjährigen Präses eine lateinische Adresse, — hatte doch Brackel damals noch seine Dissertation in der lateinischen Sprache verfasst. Er ist bis in die jüngste Zeit unermüdlich tätig gewesen, hat seine übernommenen Verpflichtungen in stets gleicher Treue erfüllt und war allezeit ein vorbildlicher College. Bei sonst vorhandener Rüstigkeit hat ein fortschreitendes Augenleiden seiner practischen Tätigkeit ein Ziel gesetzt».

— Der Aerztliche Verein München beging am 1. November das Jubiläum seines 75-jährigen Bestehens. Die Münchener Medicinische Wochenschrift hat aus diesem Anlass eine «Scherznummer» herausgegeben, deren Lectüre wir einem jeden Collegen empfehlen, der Freude an harmlosem Humor und an einem gelungenen deutschen Witz hat. Besonders der Inseratenteil ist glücklich zusammengestellt, indem dort manche Auswüchse der modernen Richtung mit treffender Ironie und geisselndem Spott behandelt werden.

— In Lyon erscheint seit dem 1. November dieses Jahres eine neue chirurgische Monatsschrift unter dem Titel «Lyon Chirurgical» unter der Redaction von P. Cavaillon.

— Vom 19. bis zum 20. November erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 26 Personen, genasen 9. starben 4, in Behandlung verblieben 215. Vom Beginn der Epidemie sind erkrankt 8309 Personen, genosen 4718 Personen, gestorben 3356 Personen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 26. October bis zum 1. November 588 Personen. Darunter an Typhus abdom. 80, Typh. exanth. 6, Febris recurrens 116, Pocken 6, Windpocken 21, Masern 52, Scharlach 65, Diphtherie 94, Cholera 76, acut. Magen-Darmkatarrh 34, anderen Infectionskrankheiten 38.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11607. Darunter Typhus abdominalis 638, Typhus exanth. 14, Febris recurrens 430, Scharlach 190, Masern 45, Diphtherie 121, Pocken 21, Windpocken 4, Cholera 183, crupöse Pneumonie 104, Tuberculose 408, Influenza 196, Erysipel 42, Keuchhusten 13, Lepra 1, Hautkrankheiten 39, Syphilis 517, venerische Krankheiten 393, acute Erkrankungen 1811, chronische Krankheiten 1596, chirurgische Krankheiten 1331, Geisteskrankheiten 3208, gynäkologische Krankheiten 220, Krankheiten des Wochenbetts 33, verschied. andere Krankheiten 49.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 666 + 53 Totgeborene + 35 Fälle von der vorigen Woche. Darunter Typh. abd. 14, Febris recurrens 6, Pocken 4, Masern 10, Scharlach 14, Diphtherie 17, Keuchhusten 8, crupöse Pneumonie 18, katarrhalische Pneumonie 50, Erysipel 4, Influenza 3, Pyämie und Septicaemie 7, Puerperalfieber 3, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 16, Cholera 41, Magen-Darmkatarrh 19, andere Magen- und Darmerkrankungen 25, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 43, Marasmus senilis 29, andere Todesursachen 225.

— In der Woche vom 2. bis zum 8. November erkrankten in St. Petersburg an Infectionskrankheiten 519 Personen. Darunter Typhus abdom. 44, Typh. exanth. 6, Febris recurr. 118, Pocken 7, Windpocken 25, Masern 52, Scharlach 58, Diphtherie 95. acut. Magen-Darmkatarrh 26, Cholera 60, andere Infectionskrankheiten 28.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Petersburger Stadthospitälern betrug in der Woche vom 2. bis 8. November 11789. Darunter Typhus abd. 677, Typh. exanth. 15, Febris recurrens 448, Scharlach 202, Diphtherie 119, Masern 47, Pocken 24, Windpocken 7, crupöse Pneumonie 105, Tuberculose 439, Influenza 194, Erysipel 52, Keuchhusten 12, Lepra 1, Hautkrankheiten 47, Syphilis 523, vener. Krankheiten 406, acute Erkrankungen 1834, chronische Krankheiten 1620, chirurgische Krankheiten 1328, Geisteskrankheiten 3214, gynäcologische Kranheiten 213, Krankheiten des Wochenbetts 48, andere Krankheiten 53, Cholera 161.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 706 + 56 Totgeborene + 58 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 10, Febris recurrens 2, Masern 14, Scharlach 22, Diphtherie 17, Keuchhusten 6, crupöse Lungenentzündung 28, katarrhalische Pneumonie 62, Erysipel 3, Influenza 5, Pyaemie u. Septicaemie 6, Puerperalfieber 1, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose and. Organe 24, Cholera 27, Magen-Darmkatarrh 31, andere Magen- und Darmerkrankungen 31, Alcoholismus 8, angeborene Schwäche 40, Marasmus senilis 26, andere Todesursachen 232.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Vom Beginn der Epidemie Starben
vom 9. bis 15. Nov.					
St. Petersburg mit den Vorstädten	112	32	24. Aug.	8090	3328
vom 8. bis 14. Nov.					
Gouv. St. Petersburg ohne die Residenz	1	1	27. »	372	178
Gouv. Olonez	1	1	19. Sept.	9	6
vom 7. bis 13. Nov.					
» Saratow	3	2	8. Juli	1669	934
» Tambow	11	5	22. Aug.	167	81
» Jekaterinoslaw	10	4	3. »	1132	551
Gouv. Taurien	5	4	13. »	138	75
Gebiet der Don-Kosaken	9	6	22. Juli	2887	1373
Kuban-Gebiet	21	10	26. »	1774	990
Terek-Gebiet	20	16	13. Aug.	540	281
Stadthauptmannschaft Baku	3	2	25. Juli	241	127
Gouv. Tomsk	21	7	14. Sept.	712	364
Im Ganzen	217	90		17731	8288

Uebersicht über die Sterblichkeit in einigen grossen Städten.

Bezeichnung der Städte.	Einwohnerzahl.	Woche.	Zahl der Toten.	Davon starben an: Typh. exanth.	Typh. abd.	Febr. recurr.	Variola.	Morbilli.	Scarlatina.	Diphtheria.	Influenza.	Dysenteria.	Cholera.	Febris puerperalis.
London	4795757	25.-31. Oct.	1396	—	11	—	—	19	13	16	—	—	—	—
Paris	2722731	25.-31. Oct.	1006	—	8	—	—	1	1	7	—	—	—	—
Brüssel	198610	25.-31. Oct.	53	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—
Stockholm	337460	25.-31. Oct.	86	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Amsterdam	564893	25.-31. Oct.	131	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—
Kopenhagen	445000	25.-31. Oct.	123	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
Berlin	2097135	25.-31. Oct.	599	—	1	—	—	2	8	12	—	—	—	—
Wien	2049426	25.-31. Oct.	6.6	—	1	—	—	5	6	9	1	3	—	1
Buda-Pest	812728	25.-31. Oct.	282	—	—	—	—	2	6	7	—	—	—	—
New-York	4422685	4.-10. Oct.	1223	—	12	—	—	—	4	18	—	—	—	—
St. Petersb.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	12	14	11	8	—	60	—
Moskau	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	10	[illegible]	1	—	—
Odessa	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	7	7	—	[illegible]	—	—

— Gestorben: 1) am 30. Oct. in Cherson Dr. M. O. Maidanskij, geb. 1849, Arzt seit 1876; 2) in Wilna Dr. W. Sajontschkowskij; 3) am 5. Nov. in Moskau Dr. N. Sabelin, geb. 1864, Arzt seit 1893; 4) in Jalta Dr. G. Loginow, geb. 1862, Arzt seit 1885; 5) am 9. Nov. in Charkow der Professor für Physiologie an der dortigen Universität D. N. Kurajew, geb. 1869, Arzt seit 1893; 6) in St. Petersburg der Sanitätsarzt W. Bokadarow, geb. 1872, Arzt seit 1898; 7) in Warschau Dr. S. Wokulski, geb. 1872, Arzt seit 1900; 8) in Tula am Flecktyphus der Landschaftsarzt W. Hirsch, geb. 1874, Arzt seit 1900 (nach dem «Russkij Wratsch»).

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 46, Seite 612, Spalte 2 (rechts), Zeile 29 von unten lies Aequator statt Augentor. — Seite 616, Spalte 1 (links), Zeile 31 von oben lies Sadikow-Talsen statt Sadikow, Talsen.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 25. Nov. 1908.

Tagesordnung: 1) Kallmeyer: Zur Casuistik des Paratyphus A.
Lange: Bronchoskopische Entfernung eines Fremdkörpers.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

— **Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.**

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Dec. 1908.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

Prof. E. Lexer. Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. 2 Bde. 3. Auflage. Verlag von F. Enke. Stuttgart. 1908.
Prof. R. Kobert. Lehrbuch der Pharmakotherapie. 2. Hälfte. 2. Aufl. F. Enke. Stuttgart. 1908.
Dr. L. Peisser. Angina pectoris. F. Enke. Stuttgart. 1908.
v. Bruns. Deutsche Chirurgie 33. Lief. 2. Hälfte, 1. Teil. Prof. Trendelenburg: Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Gesichtes. 2. Hälfte, 1. Teil. F. Enke. Stuttgart. 1908.
Prof. H. Rieder. Erkrankungen der Respirationsorgane. 11. Heft der Physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen, herausgegeben von DDr. J. Marcuse und A. Strasser. F. Enke. Stuttgart 1908.
Prof. M. Neuburger. Geschichte der Medicin. 2 Bde. F. Enke. Stuttgart. 1906—1908.
Prof. Fr. Martius. Pathogenese innerer Krankheiten. IV. Heft. Das pathogenetische Vererbungsproblem. F. Deuticke. Leipzig und Wien. 1909.
Prof. William R. Gowers. Das Grenzgebiet der Epilepsie etc. Uebers. v. Dr. L. Schweiger. Fr. Deuticke. Leipzig und Wien. 1908.
Dr. K. Abraham. Traum und Mythus. Eine Studie zur Völkerpsychologie. Fr. Deuticke. Leipzig und Wien. 1909.
Dr. J. Breuer und Prof. S. Freud. Studien übr Hysterie. Fr. Deuticke. Leipzig u. Wien. 1909.
Prof. G. Puppe. Atlas und Grundriss der Gerichtlichen Medicin. 2 Teile. Bd. XVII v. Lehmanns Medicinischen Handatlanten.— J. F. Lehmann. München. 1908.
Dr. Wieg-Wickenthal. Zur Klinik der Dementia praecox. — Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, herausgegeben von Prof. A. Hoche. Heft 2/4. C. Marhold. Halle a. S. 1908.
Wang in Hoai. Gerichtliche Medicin der Chinesen. Nach der holländischen Uebersetzung von C. F. M. de Grys, herausgegeben von Dr. H. Breitenstein. Th. Griebens Verlag (L. Fernau). Leipzig. 1908.
K. Cron und E. Hochmann. Ueber Krankenstände im Felde und ihre vorherige Abschätzung. Verlag v. Jos. Šafář. Wien. 1908.
M. Zanietowski. Compendium der modernen Electromedicin. F. Deuticke. Leipzig und Wien. 1909.
P. Näcke. Ueber Familienmord durch Geisteskranke. C. Marhold. Halle. 1908.
S. Jessner. Diagnose und Therapie der Gonorrhoe. Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). Würzburg. 1909.
Diagnostisch - therapeutisches Lexicon, herausgegeben von K. Bruhns, A. Bum, S. Gottschalk, W. Kausch, F. Klemperer und A. Strasser. III. Bd. Urban und Schwarzenberg. Berlin u. Wien 1908.
C. Fritzsche. Porcelanfüllungen. J. Springer. Berlin. 1908.
J. Veit. Handbuch der Gynaekologie. Bd. III, T. 2. J. F. Bergmann. Wiesbaden. 1908.
R. Stern. Morbus Basedowii. F. Deuticke. Leipzig und Wien. 1909.
Zülzer. Die diätisch-physikalische Therapie. O. Salle. Berlin. 1909.

Statt Eisen! **Statt Leberthran!**

Haematogen HOMMEL

alkohol- und ätherfrei.

Frei von **Borsäure, Salicylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin, noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweissstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von höchstem Werte.

Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

- **Grosse Erfolge bei Rhachitis, Scrophulose, Anaemie, Frauenkrankheiten. Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.)
- **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern ausserordentlich gern genommen. Mächtig appetitanregend.**

Haematogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch **unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen,** gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Aether etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Mit unserem neuesten, auch im Geschmack bedeutend verbesserten **Haematogen Hommel**, können wir den Herren Aerzten ein **ideales, völlig reines, unbegrenzt haltbares Haemoglobin-Präparat** an Hand geben. Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir

stets **Haematogen HOMMEL** zu ordinieren.

Tages-Dosen: **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **grössere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten gerne frei und kostenlos zur Verfügung.

Zu haben in allen Apotheken und Apothekermagazinen.

Nicolay & Co., St. Petersburg, Smolenskaja, 33, Zürich, Hanau a.|M. und London.

(37) 24—23.

VISVIT

Dr. Horovitz.

Animal - vegetabiles extractivstofffreies NÄHRPRÄPARAT Blutbildend, nervenstärkend u. muskelkräftigend.

VISVIT enthält Stickstoffsubstanzen: Hämoglobin, Eiweiss, Kohlenhydrate, nuclein-phosphorsaur. Calc. etc. in natürlicher Verbindung.

Visvit zeichnet sich durch sehr leichte Verdauung und angenehmen Geschmack aus.

Im Handel in Originalverpackung zu 50,0—100,0—250,0.

JODOFAN

organiscnes Jodpräparat.

Dr. Horovitz.

Ersatzpräparat für Jodoform, vollständig geruchlos und zeichnet sich durch überraschend kräftige desinfizierende Wirkung aus, bei absoluter Reizlosigkeit.

JODOFAN wird in chirurg. dermatolog. wie auch in der gynäkolog. Praxis warm empfohlen.

Im Handel: Jodofan zu 10,0—25,0—50,0 original, wie auch sterilisierte Jodofan-Gaze.

Literatur gratis und franko durch

Vertreter Prov. **E Jürgens,** Wolchonka, Moskau.

GOEDECKE & Co., Chem. Fabr., **Leipzig.** (52) 6—5.

Teneriffa-Orotava (Kanar. Inseln) **Humboldt-Kurhaus**

Durchschnittlicher Wintertemperatur 17° C Wärme. Saison 1. October bis 1. Mai. Diät-, Trink- und Badekuren (4°₀ Sole-Inhalation). Gleichmässigstes Klima der Welt, reguliert durch Golfstrom und Passat. Keine schroffen Temperaturwechsel. Direktion: **J. C. Schwelmler** vom **Grand Hotel Homburg v. d. H.** Kgl. Hofl. Ausführliche Auskünfte sowie illustr. Prospekte durch die **Kurhaus-Betriebs-Gesellschaft, Charlottenburg Knesebeckstr. 29. (Prof. Dr. Pannwitz).**

REIBOLDSGRUEN

700 m. über dem Meere

im Sächsischen Vogtland. — Bahnstation Auerbach.

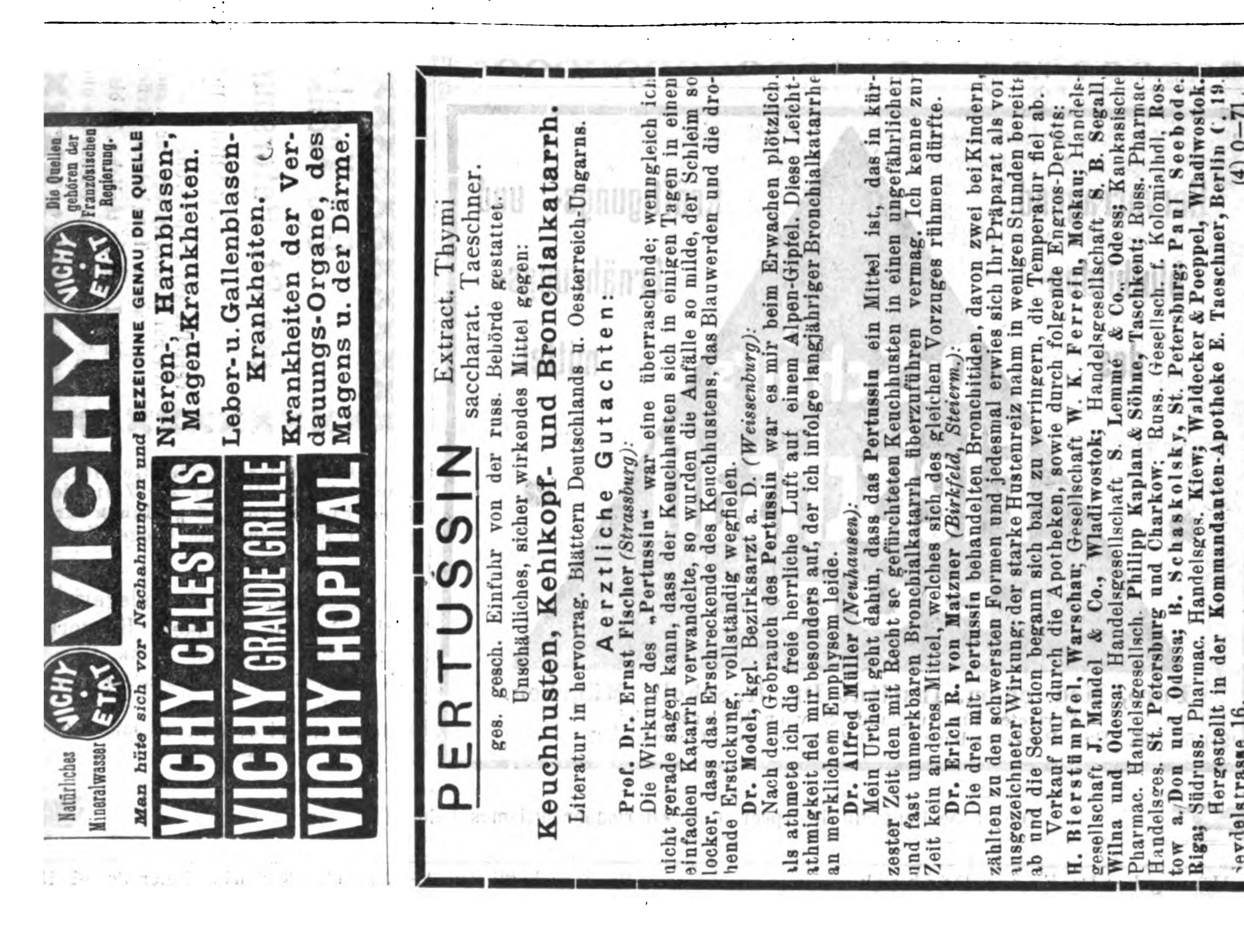
Heilanstalt für Lungenkranke.

Behandelnde Aerzte: Hofrat Dr. **Wolff**, Dr. **Sobotta** und Dr. **Baer.**

Herrliche abgeschlossene Lage inmitten von Fichtenwaldungen. Special. Kehlkopfbehandlung.

Entfernung von: Berlin 6 Stunden. Dresden 4 Stunden. Karlsbad 3 Stunden.

(14) 26—12.



Natürliches Mineralwasser
VICHY ETAT
VICHY
Die Quellen gehören der Französischen Regierung.
Man hüte sich vor Nachahmungen und BEZEICHNE GENAU DIE QUELLE
VICHY CÉLESTINS
Nieren-, Harnblasen-, Magen-Krankheiten.
VICHY GRANDE GRILLE
Leber-u. Gallenblasen-Krankheiten.
VICHY HOPITAL
Krankheiten der Verdauungs-Organe, des Magens u. der Därme.
PERTUSSIN
Extract. Thymi saccharat. Taeschner.
ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:
Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.
Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.
Aerztliche Gutachten:
Prof. Dr. Ernst Fischer (Strassburg):
Die Wirkung des „Pertussin" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.
Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. (Weissenburg):
Nach dem Gebrauch des Pertussin war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.
Dr. Alfred Müller (Neuhausen):
Mein Urtheil geht dahin, dass das Pertussin ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlicher und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.
Dr. Erich R. von Matzner (Birkfeld, Steierm.):
Die drei mit Pertussin behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als vorausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.
Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Warschau; Gesellschaft W. K. Ferrein, Moskau; Handelsgesellschaft J. Mandel & Co., Wladiwostok; Handelsgesellschaft S. B. Segall, Wilna und Odessa; Handelsgesellschaft S. Lemmé & Co., Odess; Kaukasische Pharmac. Handelsgesellsch. Philipp Kaplan & Söhne, Taschkent; Russ. Pharmac. Handelsges. St. Petersburg und Charkow; Russ. Gesellsch. f. Kolonialhdl. Rostow a./Don und Odessa; B. Schaskolsky, St. Petersburg; Paul Seebode, Riga; Südruss. Pharmac. Handelsges. Kiew; Waldecker & Poeppel, Wladiwostok.
Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.
(4) 0—71.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскiй переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Charlotte Holstein, Казанская ул. д. 11, кв. 20.

Dieser № liegt ein Prospect über «Hermaphroditismus beim Menschen» bei.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.



XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honoriert.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate sind ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag u. Sonnabend 1—2. Telephon 290-18.

№ 48 St. Petersburg, den 29. November (12. December). 1908.

Ueber Sauerstofftherapie.

Von

Dr. Raue.

Vortrag, gehalten auf dem XX. livländischen Aerztetage zu Riga 1908.

Die Sauerstofftherapie, d. h. die künstliche Zuführung des Sauerstoffs zum erkrankten Organismus zu Heilzwecken, beginnt gleich nach der epochemachenden Entdeckung Priestleys und Lavoisiers. Sie hat in der Folgezeit hohen Aufschwung und wiederum starke Rückschläge erlebt. Jedenfalls bedurfte sie langer Zeit, bis sie sich dauernd ihren Platz eroberte, besonders in Deutschland, wo eigenlich erst nach dem Congress für innere Medicin in Wiesbaden 1900, angeregt durch einen Vortrag von Professor Max Michaelis das Interesse für diesen Zweig der Therapie reger wurde und man sich wieder intensiver mit der Sauerstofftherapie zu beschäftigen begann. In England und besonders in Frankreich, auch in Russland, Oesterreich und Italien hielt sich ihr Ansehen im Allgemeinen besser. — Die Literatur über das Sauerstoffheilverfahren ist ins Unermessliche gestiegen, besonders in ausserdeutschen Ländern, so dass sie kaum noch von Einem genügend übersehen werden kann, — doch kann man die ältere Literatur zum grossen Teil übergehen, da hier mehr naturphilosophisch construiert, als streng naturwissenschaftlich gearbeitet wurde. Von den neueren und neuesten Werken, welche das Thema behandeln, verdienen vor Allen hervorgehoben zu werden: die Arbeiten von Locroy, Zuntz, Korányi, dann die von Rogovin und Zickel in der Festschrift zum Jubiläum Prof. v. Leydens und das Handbuch der Sauerstofftherapie von Prof. Michaelis, das unter Mitwirkung hervorragender Aerzte und Universitätsprofessoren das ganze Sauerstoffverfahren — insbesondere die Inhalationen — sehr ausführlich, wissenschaftlich und zusammenfassend behandelt und somit wohl eben als das wertvollste Nachschlagebuch auf diesem Gebiet betrachtet werden kann.

Bei der Beurteilung des Sauerstoffheilverfahrens müssen wir zuerst von den Tatsachen und Erfahrungen der physiologischen Forschung ausgehen. Betrachten wir dabei zunächst nur die Sauerstoffinhalationen.

Bei normalem Atmosphärendruck beträgt die Sauerstoffspannung der Lungenalveolen 105 bis 110 mm. Hg. Das physiologische Druckminimum im luftverdünnten Raum beträgt dagegen nur 45 bis 50 mm. Hg. Die Sauerstoffspannung des Blutes bleibt bis zum Druck von $^1/_2$ bis $^2/_3$ Atmosphären constant. Das Haemoglobin vermag demnach seinen Bedarf an Sauerstoff einer Atmosphäre zu entnehmen, deren Sauerstoffspannung (Partiardruck) geringer als die Hälfte des normalen Gasdruckes ist. (Daher erklärt es sich ja auch, dass man ziemlich unabhängig von den Schwankungen des atmosphärischen Druckes zu leben vermag). Die höchste Sauerstoffaufnahme des Haemoglobins, die Sauerstoffcapacitat, ist eine ganz bestimmte, begrenzte, auch bei Inhalationen von reinem Sauerstoff; dieselbe ist von einer Reihe von Autoren festgestellt worden. Im Allgemeinen nutzt das Haemoglobin nicht seine volle Capacität bei der Sauerstoffaufnahme aus. Nehmen wir an, dass unter normalen Verhaltnissen das Blut 20 Volumprocent Sauerstoff führt, was dem Mittelwert gesunder Menschen entspricht, so kann es durch Einatmung von reinem Sauerstoffgas seinen Sauerstoffgehalt noch um

ca. 4 % erhöhen. Diese Zunahme ist unter normalen Verhältnissen bedeutungslos, denn auch ohne diese reicht die an das Haemoglobin gebundene Sauerstoffmenge für den Sauerstoffverbrauch aus. Sie erhält aber ihre Wichtigkeit unter all den Verhältnissen, wo infolge verminderter Fähigkeit des Blutes, Sauerstoff aufzunehmen, die Sauerstoffversorgung der Gewebe unzureichend zu werden beginnt. Hierher gehört zunächst ein abnorm geringer Haemoglobingehalt des Blutes, sodann das Vorhandensein pathologisch veränderten Haemoglobins. Ist bei Anämischen z. B. nur ein Drittel der normalen Haemoglobinmenge vorhanden, so wird ihr Blut schon bei Körperruhe fast sauerstoffrei aus den Capillaren in die Venen übertreten. Bei Sauerstoffinhalationen würde es physicalisch gelöst ca. 1,8 % mehr enthalten und durch Mehrbindung an das Haemoglobin noch ein Plus v. ca. 1 % aufnehmen können, im Ganzen 2,8 %; das ist mehr als $^1/_3$ des vorhandenen Sauerstoffs.

Bei gesundem Organismus vermag Sauerstoffeinatmung die Kohlensäureausscheidung nicht erheblich zu beeinflussen; diese Tatsache ist physiologisch begründet. Durch exacte Versuche von Prof. Korányi in Budapest und Dr. Kovacs ist aber nachgewiesen worden, dass bei gewissen Herzkrankheiten mit ausgesprochener Störung der Atmung die Sauerstoffinhalationen die Kohlensäureausscheidung aus dem Blute deutlich begünstigen, d. h. beschleunigen. Dass diese günstige Wirkung der — allerdings vergänglichen — Erhöhung des Sauerstoffgehaltes und der entsprechenden Verringerung des Kohlensäuregehaltes des Blutes auf einer vermehrten Herzarbeit beruht, kann nicht angenommen werden; sie beruht vielmehr auf einer Abnahme der Kreislaufwiderstände — und zahlreiche Versuche von Ewald, Hamburger, v. Limbeck, Beitner etc., welche von Korányi nachgeprüft wurden, haben in der Tat ergeben, dass eine insufficiente Atmung durch die dabei zu Stande kommende Kohlensäureanhäufung die innere Reibung des Blutes erhöht, indem erstens das Volumen der roten Blutkörperchen zunimmt und zweitens der Gehalt an Eiweiss, Zucker und Fett im Serum steigt — alles Gründe für Erhöhung der inneren Reibung des Blutes. Wird nun Sauerstoff inhaliert, so schwinden alle diese genannten Erscheinungen mehr oder weniger, die Blutreibung wird geringer. Die Pulszahl nimmt gewöhnlich ab, die Diurese steigt. Und das geschieht Alles ohne Erhöhung der Herzarbeit! Das Herz wird geschont, besser durchblutet, und so kann auch dessen Leistungsfähigkeit günstig beeinflusst werden. Natürlich dauert diese günstige Wendung nur so lange, bis der natürliche Verlauf des pathologischen Processes wieder überhand nimmt. Um nun diesen Erfolg in höherem Masse und häufiger zu erzielen, wird wohl der Sauerstoff in grösseren Mengen und in kürzeren Zwischenräumen verordnet werden müssen als es gewöhnlich der Fall ist.

Was die Umsetzungsprocesse im Organismus betrifft, so sind dieselben abhängig vom Verhalten des lebendigen Protoplasmas und ihr Umfang allein von seinem Reizzustande. Diese Umsetzungen verlaufen im Sinne einer Oxydation, sie brauchen Sauerstoff, der in genügender Weise herbeigeschafft werden muss. Der Sitz der Oxydationsprocesse ist nach Pflügers und Zuntzs exacten Untersuchungen jedenfalls in den Geweben anzunehmen. Das Protoplasma hat die Fähigkeit, Sauerstoff chemisch zu binden und ihn nach und nach zur Bildung von Kohlensäure und Wasser und den Endproducten des Eiweisszerfalles zu verwerten. Dass nun aber bei hohem Partiardruck des Sauerstoffs, wie er bei Einatmung von reinem Sauerstoff besteht, viel mehr gebunden werden kann als für den Stoffwechsel unmittelbar erforderlich ist, so dass bei mangelhafter Zufuhr der Körper von dem aufgespeicherten Sauerstoff zehren kann, — diese Ansicht, die hauptsächlich von Rosenthal und Verworn vertreten wird, ist sehr unwahrscheinlich und durch exacte Untersuchungen von Durig eigentlich widerlegt worden. Das Wesen der Sauerstoffinhalationstherapie auf diesem Gebiete muss demnach hauptsächlich in dem Bestreben liegen, bei mangelhafter Sauerstoffzufuhr zu den Geweben eine ausreichende Mehrzufuhr zu erreichen. Aber eine gesteigerte Zufuhr von Sauerstoff zur Lunge, dieser normalen Eintrittspforte, ist durchaus nicht in allen Fällen im Stande, auch den Geweben eine grössere Sauerstoffmenge zur Verfügung zu stellen und auf deren Sauerstoffmangel günstig einzuwirken. Es kommt hier sehr wesentlich darauf an, wodurch die mangelhafte Sauerstoffversorgung der Gewebe bedingt ist, ob durch pathologisches Verhalten der Respiration, oder des Blutes oder des Blutkreislaufes. Daraus ergeben sich ganz specielle Indicationen für die Verwendung des Sauerstoffes als Heilmittel.

Betrachten wir zuerst die Affectionen des Blutes. Da kommt in erster Linie der Haemoglobinmangel in Betracht, also hochgradige Anämie — etwa ein Blut, welches noch 5 % statt der normalen 14 % Haemoglobin enthält. Da bei der Sauerstoffinhalation noch eine Vertiefung der Atmung unwillkürlich zu Stande kommt, so dürfen wir von dieser Combination besonders günstige Wirkungen erwarten.

Von eminenter und unbestrittenener Bedeutung ist die Atmung von reinem Sauerstoff für die Bekämpfung der Kohlenoxydvergiftung. Genaue Versuche haben ergeben, dass man durch Kohlenoxyd den Sauerstoff aus seiner Verbindung mit dem Haemoglobin austreiben kann und dass dabei dem Volumen nach eben so viel Kohlenoxyd an das Haemoglobin gebunden wird, wie es vorher Sauerstoff enthielt. Die vorteilhaften Wirkungen der Sauerstoffatmung bei Kohlenoxydvergiftung beruhen nun aber nicht nur allein auf der Verdrängung des Kohlenoxyds aus dem Haemoglobin, sondern auch darauf, dass bei hohem Partiardruck nennenswerte Mengen Sauerstoff von der Blutflüssigkeit physicalisch absorbiert werden und so den notleidenden Geweben zu Gute kommen.

Etwas weniger klar als bei Kohlenoxydvergiftung ist die Wirkung des Sauerstoffs bei anderen Schädigungen des Haemoglobins. Eine Reihe von Giften, wie Jod, chlorsaures Kali, Nitrite, Anilin, Pyrogallol, Ferricyansalze, Permanganate etc. verwandeln Haemoglobin in Methaemoglobin. In gleichem Sinne wirken einige Bacterientoxine. Methaemoglobin enthält eben so viel Sauerstoff wie Oxyhaemoglobin, aber in fester Bindung und ist daher unfähig, die Versorgung der Gewebe mit Sauerstoff zu vermitteln. Die Methaemoglobinbildung im lebenden Blute ist besonders bedenklich, wenn sie mit Zerstörung der roten Blutkörperchen einhergeht. Bei diesen Fällen nun werden prompte Besserungen nach Sauerstoffinhalationen von vielen Autoren angegeben. Indem man die Inhalationen von etwa je 30 Liter Sauerstoff in passenden Intervallen wiederholt, kann man dem Patienten über das kritische Stadium der Vergiftung hinweghelfen.

Was die Affectionen der Luftwege betrifft, so ist der Nutzen der Sauerstoffinhalation bei Stenosen infolge der hohen Kohlensäureretention bei diesen Zuständen nur ein beschränkter, denn auf die Dauer kann die Kohlensäureretention doch nicht ertragen werden. Etwas anders als bei Stenosen gestaltet sich die Frage der Sauerstoffinhalationstherapie bei Ausschaltung grösserer Lungenabschnitte durch Verstopfung der Bronchien durch Infiltration der Alveolen wie bei Pneumonie, Pneumothorax und pleuritischen Exsudaten. Das Blut, das durch die ausgeschlossenen Lungenteile fliesst, bleibt venös und vermindert den Arterialistaionsgrad des Aortenblutes. Geht das so weit, dass der Bedarf der Ge-

webe nicht mehr voll gedeckt werden kann, also Sauerstoffmangel eintritt, so wird die Sauerstoffatmung eine gewisse Besserung herbeiführen müssen. Freilich ist die Leistungsfähigkeit der Sauerstofftherapie hier ziemlich begrenzt.

Drittens hatten wir die Affectionen des Blutkreislaufes zu betrachten. Alle pathologischen Veränderungen der Blutbewegung, die zu Sauerstoffmangel führen, bewirken das dadurch, dass die Strömung des Blutes abnorm verlangsamt ist. Klappenfehler und Degeneration des Herzmuskels können dazu führen, auch Stenosierung der Aorta oder Pulmonalis, auch vosomotorische Anomalien. Bei all diesen Zuständen können die Gewebe die nötige Menge an Sauerstoff nicht erhalten, die aber z. T. durch Inhalationen von Sauerstoff ersetzt werden kann. Dazu kommt noch ein weiterer Nutzen: wie alle Organe, wird der Herzmuskel mangelgelhaft mit Sauerstoff ernährt werden. Tritt nun in die Coronararterien ein an Sauerstoff reicheres Blut ein, so bessert sich die Ernährung des Herzens, es kann kräftiger arbeiten und so den Blutkreislauf beschleunigen. Aber auch hier ist der Nutzen der Sauerstoffatmung nur ein beschränkter.

Ein weiteres Gebiet für die Sauerstofftherapie geben die Vergiftungen mit narcotischen und krampferregenden Mitteln z. B. Chloroform- und Stickoxydulnarkose, dann Vergiftungen mit Morphium und ähnlichen Narcoticis, endlich solche mit Strychnin. Bei den Narcoticis wird die Erregbarkeit des Atmungscentrums herabgesetzt und infolge dessen die Lungenventilation eine zu geringe. Lässt man nun Sauerstoff einatmen, so tritt rasch eine Sättigung des Blutes mit Sauerstoff ein, und mit ihr wächst die Erregbarkeit der Centren und die Leistungsfähigkeit der Atmungs- und Herzmusculatur. Uebrigens wird hier eine künstliche Atmung wohl dieselben Dienste leisten.

Die experimentellen Grundlagen der Sauerstofftherapie und die physikalischen und chemischen Veränderungen des Blutes, welche nach Sauerstoffinhalationen auftreten, sind sehr eingehend von Prof. Korányi in Budapest studiert und veröffentlicht worden. Noch weiter darauf einzugehen, verbietet mir die Zeit.

Ich habe bisher nur die Inhalationen von Sauerstoff berücksichtigt, es giebt aber noch andere Methoden der Sauerstoffzufuhr. Abgesehen von der äusserlichen Anwendung der verschiedenen Sauerstoffpräparate, z. B. des Ozonwassers bei Gurgelungen, der Lösungen von Wasserstoffsuperoxyd als Desinficiens, kommen Sauerstoffpräparate auch innerlich in verschiedener Form und Zusammensetzung zum Gebrauch. Der erste, der den innerlichen Gebrauch eines Sauerstoffpräparates — des Sauerstoffwassers — empfahl, war Louis Odier (1799), nachher trat besonders Demarquay (1867) dafür ein. Die Resultate waren durchaus mangelhaft. Erst mit der Einführung des Magnesiumsuperoxyds scheint wenigstens der Weg angebahnt zu sein, auf welchem man auch bei innerlicher Anwendung von Sauerstoff Nutzen erzielen kann. Leider hat sich von vorn herein die Industrie dieser Heilmethode bemächtigt und durch marktschreierische Reclame und ziemlich ziel- und planlose Verordnung diese Methode der Sauerstoffanwendung discreditiert. Die Art, wie die Anwendung von MgO_2 propagiert wurde, konnte den wissenschaftlichen Arzt zu Prüfungen wenig anlocken. Erfinder und Käufer von Verfahren zur Herstellung des Präparates begnügten sich nicht, dasselbe zu producieren und den Aerzten zur Prüfung zugänglich zu machen; sie errichteten vielmehr selbstständige Heilanstalten und versprachen in bombastischen Artikeln und Broschüren, die leidende Menschheit mit ihren Mischungen von allen Uebeln zu befreien. Eine Folge dieses Verfahrens war nun, dass sich nur sehr wenige fanden, die streng wissenschaftlich und kritisch prüfend der Sache näher traten, was — im Interesse der leidenden Menschheit nach verschiedenen Richtungen hin — sehr zu bedauern ist.

Die beste Bearbeitung dieser Frage, die ich nach vielem vergeblichen Suchen erlangen konnte, stammt von Dr. Josef Winterberg aus der III. medicinischen Abteilung des K. K. allg. Krankenhauses in Wien 1903. Ueber diese hat auch Dr. Köcher in seiner Abhandlung über Novozonpräparate in der Petersburger medic. Wochenschrift 1907 berichtet, der dann auch seine eigenen Erfahrungen über das genannte Mittel kurz hinzufügt. Prof. Michaelis nimmt dem MgO_2 gegenüber einen durchaus absprechenden Standpunkt ein und führt als Hauptargumente dagegen ins Feld, dass erstens einstweilen nur recht schwache Präparate vorliegen und zweitens, dass die Menge des eingeführten Magnesiums einerseits purgierend, andererseits auch schädlich auf den Organismus einwirken kann. Er giebt aber zu, dass ihre Anwendung theoretisch rationell erscheint und dass die Methode eine Zukunft haben kann, falls später einmal hochwertigere Präparate erzielt werden. Genauer bearbeitet hat er diese Frage nicht.

Die anfänglich von Vielen geäusserte Ansicht, dass das MgO_2 überhaupt nicht die Fähigkeit besitzt, seinen Sauerstoffgehalt den Geweben zur Verfügung zu stellen, wird widerlegt, nicht allein durch die beobachtete Wirkung auf den Stoffwechsel, — auf welche ich noch später kommen werde — sondern auch durch ein oft schon wiederholtes Experiment. Wenn man von einem leicht oxydablen Farbstoff z. B. Methylenblau 0,1 einnimmt, so tritt nach 1 bis 2 Stunden eine blaugrüne Verfärbung des Urins ein, welche erst nach 4 Tagen vollkommen verschwindet. Nimmt man nun nach Erscheinen der ersten gefärbten Urinportion ca. 2 g. MgO_2, so ist die folgende Urinmenge bereits fast entfärbt, und ein weiteres grm. lässt den Farbstoff vollkommen verschwinden. Dieses ist nur auf die Weise möglich, dass eine Oxydation des dem Körper fremdartigen Farbstoffes stattgefunden hat, die der Sauerstoff der Gewebssäfte allein nicht im Stande war zu leisten. Dadurch wird der Beweis geliefert, dass das Präparat tatsächlich ins Blut gelangt sein muss und dort seine oxydierende Tätigkeit entfaltet hat, d. h. activen Sauerstoff abspaltete, wo er sich als nötig erwies.

Dr. Winterberg hat nun vielfache Blutuntersuchungen bei Gebrauch von MgO_2 vorgenommen. Die Zahl der roten und weissen Blutkörperchen bleibt im Allgemeinen unverändert, der Haemoglobingehalt nimmt jedoch bei längerem Gebrauch des Mittels etwas zu; die Frequenz des Pulses nimmt ab, der Puls wird voller, kräftiger und höher, — eine bestehende Arhythmie verschwindet fast gänzlich. Die Beeinflussung des Respirationsapparates war im Allgemeinen keine grosse, doch trat bei pathologischen Zuständen, bei Dyspnoe und Asthma eine Milderung der Beschwerden ein, indem die Atmung erleichtert wurde. Die Wirkung auf den Darmkanal war eine leicht abführende, die aber zum grossen Teil wohl auf das Magnesium zu beziehen war. Sehr interessant waren die Ergebnisse der Winterbergschen Untersuchungen auf Stoffwechselvorgänge im Organismus. Die Menge des Harns wurde constant grösser, und ebenso gingen die Zahlen für die Harnstoffmenge ganz wesentlich in die Höhe, was nur in dem gesteiherten Zerfall der Harnsäure seine Erklärung findet, sowie auch darin, dass überhaupt die Oxydation eine regere wird. Der Chlornatriumgehalt des Blutes und in weiterer Folge des Harnes nimmt zu, und die Nierenfunction wird erhöht.

Auf Grundlage der Winterbergschen Untersuchungen, die auch von anderen Autoren bestätigt und

erweitert werden, kann man diese Methode der innerlichen Darreichung von Superoxyden, spec. des MgO_2, nicht ohne Weiteres als vollkommen nutzlos verwerfen. Freilich ist sie noch nicht genügend streng wissenschaftlich begründet und kann es wohl erst werden, wenn es der Technik gelingt, wertvollere Präparate mit mehr Sauerstoffgehalt und ohne unnütze Beimengungen herzustellen. Ihre Wirkungen beruhen augenscheinlich auf der stärkeren Oxydationskraft des Sauerstoffs in statu nascendi, und es giebt gewiss im Organismus krankhafte Zustände, bei denen das Protoplasma der Zellen so weit verändert ist, dass es den gewöhnlichen Sauerstoff aus dem Blute ungenügend aufnimmt, dagegen sich mit dem Sauerstoff in statu nascendi, der ihr durch das MgO_2 geboten wird, leichter verbindet. Die Zufuhr activen Sauerstoffs muss als überflüssig erscheinen, wenn der Organismus über Stoffe verfügt, welche selbst eine Activierung des gewöhnlichen Sauerstoffes bewirken, ihn auf die oxydablen Körper übertragen können. Diese, insbesondere den roten Blutkörperchen, aber auch verschiedenen Organfermenten zugeschriebene Eigenschaft ist namentlich bei einigen pflanzlichen Fermenten eingehend erforscht worden, so dass das Vorhandensein von Oxydasen und Peroxydasen in der Natur ausser Zweifel gestellt scheint. Die bei den Pflanzenzellen gewonnenen Beobachtungen dürfen aber nach den Analogien, die zwischen Pflanzen- und Tierzellen in gewissen, auf die Oxydationsvorgänge zurückgeführten Reactionen bestehen, wohl auch auf die tierischen Zellen übertragen werden. Dies vorausgesetzt, erscheint es sehr plausibel, dass bei Krankheitserscheinungen, die auf mangelhafte Oxydationsvorgänge im Organismus zurückgeführt werden, eine Verminderung oder Schwächung eben der oxydierenden Fermente oder der sonstigen Sauerstoffüberträger vorliegt. Dann ist es aber auch gerechtfertigt, die Abhilfe in der Zufuhr derartiger Fermente oder solcher Materialien zu suchen, die sich den oxydierenden Fermenten analog verhalten oder für dieselben eintreten. Als solche kämen dann vielleicht die Superoxyde in Betracht.

M. H. Dieses wären nun in allgemeinen Zügen die physiologischen und experimentellen Grundlagen der Sauerstofftherapie. Es erübrigt nur noch, die practischen Consequenzen daraus zu ziehen, d. h. die therapeutischen Indicationen der Sauerstoffanwendung festzustellen.

In der Chirurgie wurden die Sauerstoffinhalationen sehr bald nach Entdeckung der Aether- und Chloroformnarcose als kräftiges und zuverlässiges Mittel zur Belebung bei auftretenden Asphyxien benutzt. Einige Chirurgen wandten die Inhalation auch methodisch nach jeder Narcose an. Man erreichte schnelleres Erwachen und besseres Befinden nach der Narcose, — auch das Erbrechen war bedeutend geringer. Ducroy war der erste (1850), der die Sauerstoffchloroformnarcose anwandte, die später viel Verwendung in der Praxis fand. Die Erfolge waren entschieden gute, doch das Verfahren zu umständlich, daher wurde es bald wieder verlassen. In neuerer Zeit findet die Sauerstoffchloroformnarcose wieder etwas mehr Aufnahme, indem durch verbesserte Technik die Handhabung weniger compliciert ist. Das Chloroform bewirkt bei längerdauernder Anwendung eine Zerstörung von roten Blutkörperchen und auf diese Weise eine Verminderung der oxydierenden Eigenschaft des Blutes, also ungenügende Zufuhr von Sauerstoff zu den Geweben, und nach Grube und Honigmann ist der Chloroformtod, der einige Zeit nach der Narcose eintreten kann, eine Folge von directem Sauerstoffmangel; daher kann der Sauerstoff nach der Narcose zuweilen eine direct lebensrettende Wirkung ausüben. — Der Sauerstoff findet auch sonst noch vielfache Anwendung in der Chirurgie, besonders in Frankreich. Thiroir in Brüssel hat die Sauerstoffbehandlung der chirurgischen Infectionskrankheiten methodisch eingeführt und zwar mit guten, ja überraschenden Resultaten. Er benutzt einen permanenten Sauerstoffstrom bei tuberculösen Peritonitiden, kalten Abscessen und den Osteo-Arthritiden mit gutem Erfolge; auch bei suppurativen Gelenkentzündungen nach penetrirenden Verletzungen hat er gute Erfolge gehabt.

In der Geburtshilfe haben die Sauerstoffinhalationen besonders bei Eclampsie Anwendung und Anerkennung gefunden. Die Eclampsie führt in schweren Fällen stets zur Cyanose, also zu Sauerstoffmangel. Dieser schädigt das Herz, es kommt zu Lungenödem. Ob hierbei — wie Rogovin meint — die Inhalationen einen specifischen Einfluss auf die Nierentätigkeit haben, erscheint zweifelhaft; vielmehr wird die hierbei gefundene Vermehrung der Harnmenge wohl auf der Verbesserung der Herztätigkeit beruhen. Welches nun aber auch die Ursachen seien, eine Verbesserung der Diurese ist bei Eclampsie natürlich von weittragendster Bedeutung. In Fällen von schweren Blutverlusten bei placenta praevia, in der Nachgeburtsperiode, erscheint es durchaus rationell, zu Sauerstoffinhalationen zu greifen. Selbstverständlich erst dann, wenn die Stillung der Blutung — was das Wichtigste ist — gelungen ist; dem acuten Sauerstoffmangel wird auf diese Weise am schnellsten und besten abgeholfen. — Eine beruhigende Wirkung sollen die Sauerstoffinhalationen auch beim Erbrechen der Schwangeren ausüben.—In den Wiener Kliniken von Chrobak und Schauta werden Sauerstoffeinblasungen in die Trachea zur Wiederbelebung asphyctischer Kinder angewandt. Die Erfolge sind nicht schlecht, und Schauta rät zur Anwendung der Methode in den Kliniken, während ja für die allg. Praxis die Anwendung schwer möglich ist. Vorgeschlagen ist auch von Gaertner, reinen Sauerstoff in die vena umbilicalis zu infundieren bei ganz schweren Fällen von Asphyxie der Neugeborenen, nachdem alle übrigen Wiederbelebungsmittel versagt haben, und wenn das Herz noch schlägt. Versucht ist es — meines Wissens — bisher noch nicht, doch haben Tierversuche ergeben, dass absolut reines Sauerstoffgas in grossen Mengen eine lange Zeit hindurch in das Venensystem eines Hundes z. B. eingeleitet werden kann, ohne dass irgend welche Schädigungen des Tieres eintreten. Nur wenn das Gas nicht rein war, sondern — wie häufig — 3 bis 5 pCt. Stickstoff enthielt, traten gasembolische Störungen ein. —

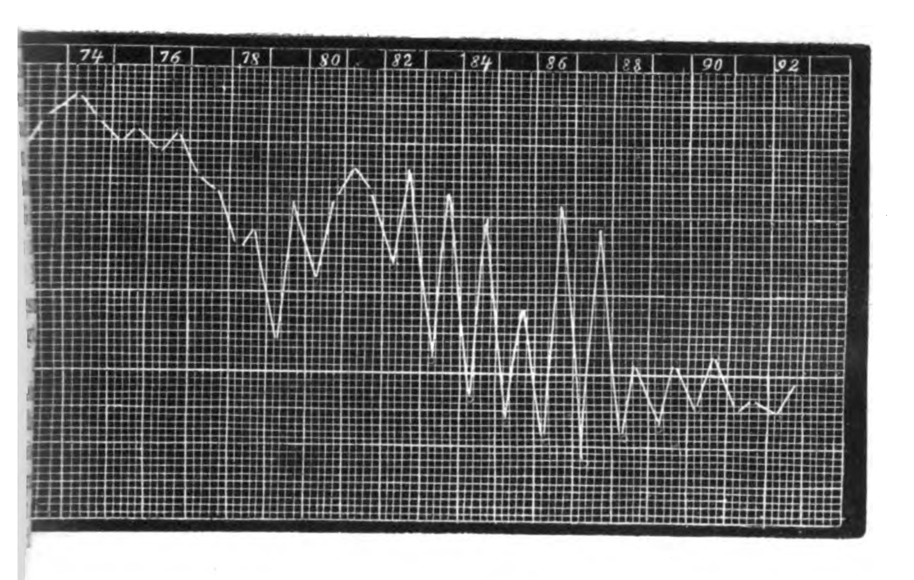
Ueber die Wirkungen des Sauerstoffs bei Krankheiten des kindlichen Alters gehen die Meinungen sehr auseinander, was sich besonders in den Discussionen auf medicinischen Congressen gezeigt hat. Oppenheimer rühmt die Inhalationen als kräftiges Excitans, wo Kampfer und Moschus versagen. Senator und Löwy empfehlen sie bei Bronchitis capillaris und Larynxstenosen, besonders bei diphtheritischer Stenose. Vielfach sind sie auch zur Anwendung gekommen, um Zeit für die Tracheotomie zu gewinnen. Die Operation liess sich bei dem von seiner äussersten Cyanose befreiten Kinde mit mehr Ruhe ausführen. Auf die Stenose selbst oder die bestehende Krankheit konnten die Inhalationen natürlich keinen Einfluss ausüben, die Cyanose und das Allgemeinbefinden besserten sich dagegen auffallend. Der Sauerstoff ist oft ein wertvolles Mittel bei Croup im ersten Stadium; hier kann durch dessen Anwendung im Verein mit dem Heilserum sichtlich mancher operative Eingriff definitiv umgangen werden. —

Die grössten Triumphe feiert die Sauerstofftherapie auf dem Gebiete der inneren Medicin. Ueber den Sauerstoff als unentbehrliches Heilmittel bei Kohlenoxydvergiftung habe ich schon gesprochen, ebenso die durchaus günstigen Erfolge bei Methaemoglobinintoxication und Morphiumvergiftung erwähnt. Bei verschiedenen Affectionen der Luftwege werden wir mit grossem Erfolge

die Sauerstoffinhalationen anwenden können, — ganz besonders noch in den Fällen, wo die Ursache der Atmungsstörung eine periodische, d. h. beseitigbare ist. Hier wird die Sauerstoffatmung dauernden Nutzen bringen, indem sie während der kritischen Krankheitsphase die Cirkulation und den Gesaustausch in den Lungen aufrecht erhält. — Bei Asthma und Emphysem verringern periodische Sauerstoffinhalationen in auffallender Weise die Dyspnoe und Cyanose, welche Wirkung nach der Inhalation noch einige Zeit andauert und auf diese Weise das subjective Befinden ganz bedeutend bessert. Von ganz besonders günstiger Wirkung sind die Sauerstoffinhalationen bei gleichzeitiger Affection des Herzens und der Lunge, wie wir sie besonders in vorgeschrittenen Fällen von Herzaffectionen (Degeneration des Herzmuskels, Sclerose der Coronararterien etc.) beobachten, sobald es sich um Compensationsstörungen handelt, wobei ja immer die Lunge in Mitleidenschaft gezogen ist. Bei diesen Zuständen könnten — meiner Ansicht nach — in der ärztlichen Praxis die Sauerstoffinhalatio-

Noordens „Handbuch der Physiologie und Pathologie des gesamten Stoffwechsels" gefunden habe — eine zeitweilige Aufstapelung von Sauerstoff in den Geweben nach Einatmungen von reinem Sauerstoff ein, doch dauert dieselbe nur kurze Zeit und ist gering. Jedenfalls steht fest, dass die Sauerstoffinhalationen keinen directen positiven Einfluss haben, wohl aber können dieselben — wie ja auch meine beiden Fälle zeigen — bei anhaltendem Gebrauch durch Monate und Jahre durch Verbesserung der Atmung, des Blutkreislaufs und der Blutbeschaffenheit einen durchaus günstigen indirecten Einfluss auch auf den Gesamtstoffwechsel ausüben.

Wollen wir nun die Oxydationsprocesse im Organismus direct durch Sauerstoff beeinflussen, so müssen wir uns nach anderen Wegen und Methoden der Sauerstoffzufuhr umsehen — und da kommen uns dann vielleicht die innerlich gereichten Superoxyde zu Hilfe. Nach den bisher veröffentlichten Resultaten, die allerdings noch exacter Nachprüfung bedürfen, scheinen sie im Stande zu sein, diese Lücke in der Sauerstofftherapie — wenig-



durch den Sauerstoff wesentlich lindern. — Der zweite Patient, ein Mann von 76 Jahren, inhaliert bereits schon $1^1/_2$ Jahre täglich 5 bis 6 mal je 3 Minuten Sauerstoff. Im Sommer hat er ebenfalls eine Pause von 2 Monaten gemacht. Vor $1^1/_2$ Jahren machte er den Eindruck eines schwerleidenden, ja sterbenden Menschen. Jetzt hat er wieder Lebensmut und leitet sogar selbst seine Geschäfte als Landwirt. Besonders dankbar ist er dafür, dass ich ihm durch die Inhalationen seine fürchterlichen Atmungsbeschwerden und Beklemmungen so sehr erleichtert habe. Er hat die feste Absicht, bis zu seinem Lebensende den Gebrauch der Inhalationen fortzusetzen und ich glaube: er tut recht daran.

Zum Schluss hätten wir noch das wichtige Kapitel der Stoffwechselstörungen in ihrer Beziehung zu der Sauerstofftherapie zu betrachten. Eine directe Einwirkung der Sauerstoffinhalationen auf die Oxydationsprocesse im Organismus findet nach übereinstimmenden Meinungen der Physiologen nicht statt. Wohl tritt — was ich in von

z. T. gestört, wahrscheinlich dabei auch die Versorgung der Gewebe mit dem nötigen Sauerstoff aus dem Blute, — dagegen kann der Sauerstoff in statu nascendi — als der stärkere — zu den Zellen besser gelangen und ihnen zu Gute kommen. Hierbei spielen gewiss noch pathologische Zustände des Zellprotoplasmas selbst eine Rolle, die die Kraft der Sauerstoffanziehung vermindern können, vielleicht auch Krankheitserscheinungen der Stoffe im Organismus, welche normaler Weise die Activierung des gewöhnlichen Blutsauerstoffs bewirken — vorausgesetzt natürlich, dass es solche im tierischen Organismus überhaupt giebt; ihre Existenz bei einigen Pflanzen ist sichergestellt. Auf diese, eben geschilderte Weise würde die günstige Wirkung des MgO_2 bei allgemeiner Arteriosclerose eine plausible Erklärung finden.

Wenn wir nun eine günstige Beeinflussung des Stoffwechsels durch die Superoxyde annehmen, so muss es uns ganz besonders interessieren, zu erfahren, wie dieselben auf Stoffwechselkrankheiten κατ' ἐξοχήν wie

z. B. Gicht, Diabetes, Fettleibigkeit wirken. Bei Diabetes liegen nun recht zahlreiche Beobachtungen vor. In einer Reihe von Fällen wurde die Glycosurie durch längerandauernden Gebrauch von MgO_2 herabgesetzt und dazwischen sehr erheblich, — ja sie schwand zuweilen vollständig. In vielen Fällen dagegen wurde sie garnicht beeinflusst. Ich selbst habe 3 Diabetespatienten wochenlang mit MgO_2 behandelt; bei zweien hatte ich durchaus negative Resultate, beim dritten wurde die Zuckerausscheidung vermindert. Unangenehme Nebenwirkungen habe ich nicht beobachtet. Erwähnen will ich bei dieser Gelegenheit noch, dass im Laboratorium von Jaffé in Königsberg experimetell erzeugte Glycosurie an Tieren durch intravenöse Sauerstoffinjectionen zum Verschwinden gebracht wurde. Dieses Experiment fordert doch entschieden zu weiteren Prüfungen des Sauerstoffheilverfahrens bei Diabetes auf.

Was die Gicht anbelangt, so liegen einstweilen nur spärliche Berichte vor, zumal man wohl a priori annehmen musste, dass — wenn überhaupt — nur ein sehr langdauernder Gebrauch von MgO_2 günstig einwirken kann. Die bisher veröffentlichten Resultate sind noch zu wenig beweisend, dagegen ist die im Blute circulierende Harnsäure unvergleichlich leichter zu oxydieren und auszuführen. Ueber weitere Stoffwechselstörungen liegen — so viel ich weiss — einstweilen noch gar keine wissenschaftlichen Berichte vor.

Ob die ganze Behandlungsweise mit dem MgO_2 eine Zukunft hat oder nicht, wage ich nicht zu entscheiden; die bisherigen Resultate muntern aber entschieden zu Versuchen und Nachprüfungen auf. Sollte es nun aber — was wohl anzunehmen ist — der Technik gelingen, noch viel hochwertigere Superoxyde ohne schädliche oder unnütze Beimengungen herzustellen, so kann diese Methode der Sauerstoffanwendung eventuell noch einen sehr hohen und wichtigen Platz in der Therapie einnehmen. Ueber die Wirkung der Sauerstoffinhalationen, sowie der innerlich gereichten Superoxyde, spec. der MgO_2, bei verschiedenen Erkrankungen des Nervensystems, von der auch Arbeiten vorliegen, möchte ich hier nicht sprechen. Erstens ist dieses Gebiet für mich ein zu fremdes und zweitens sind die bisher veröffentlichten Resultate spec. was die Superoxyde anbetrifft, im Allgemeinen noch zu wenig einwandsfrei. Dass das Sauerstoffbedürfnis der Nervengewebe, spec. der grauen Substanz, ein besonders empfindliches ist, und gerade diese am allerschnellsten und bedenklichsten auf Sauerstoffmangel reagieren, ist ja eine bekannte Tatsache, die wohl im Stande ist, bei geeigneten Fällen auf den Sauerstoff als therapeutisches Mittel hinzuweisen.

M. H. Der Hauptzweck meines Vortrages war, die Collegen für einen Zweig der Therapie zu interessieren, der — wie mir scheint — bei uns zu wenig in Anwendung kommt. Der Grund dazu lag bisher wohl zum grossen Teil auch in der mangelhaften Technik zur Herstellung der verschiedenen Sauerstoffmischungen. Die Anwendung war compliciert und sehr kostspielig. Das ist nun aber jetzt nicht mehr der Fall, die Technik hat sich vervollkommt; das Verfahren kann auch beim weniger bemittelten Patienten zur Verwendung kommen. In der Gewerbehygiene, bei der Luftschiffahrt, beim Wasser-, Tunnel- und Bergbau, auch bei der Feuerwehr werden in allen Culturländern Massnahmen getroffen, um die günstigen Wirkungen des Sauerstoffs sowohl prophylactisch als zu Heilzwecken sich dienstbar zu machen. Wollen wir in der medicinischen Praxis doch auch nicht auf ein so einfaches und schönes Mittel verzichten, mit dem wir viel Segen stiften können.

Benutzte Literatur.

Pagel J. Prof. Dr. «Geschichte der Sauerstofftherapie». Loewy A. und Zuntz N. Prof. Dr. «Die physiologischen Grundlagen der Sauerstofftheraphie». Cocol W. Dr. «Ueber die experimentellen Grundlagen der Sauerstofftherapie». Korànyi A. v. Prof. Dr. «Physikalisch-chemische Untersuchungen über Sauerstofftherapie». Gaertner G. Prof. Dr. «Die intravenöse Sauerstoffinfusion». Wohlgemuth H. Dr. «Der Wert des Sauerstoffs in der Chirurgie». Zuntz L. «Die Sauerstofftherapie in der Geburtshilfe». Hagenbach E. Prof. Dr. und Burckhardt. «Ueber Sauerstoffeinatmungen in Krankheiten des kindlichen Alters». Ortner N. Prof. Dr. «Die Sauerstofftherapie in der inneron Medicin». Spiegel L. Dr. «Neue Formen der Sauerstoffmedication». Michaelis M. Prof. Dr. «Technik der Sauerstofftherapie». Michaelis M. Prof. Dr. «Handbuch der Sauerstofftherapie». Rogovin und Zickel Prof. Dr. «Festschrift zum Jubiläum Professors von Leyden». Winterberg J. Dr. «Biologische und therapeutische Untersuchungen über Magnesiumsuperoxyd» Pawlinow Prof. Dr. «Der Sauerstoffmangel als Bedingung der Erkrankung und des Ablebens des Organismus». Ehrlich P. Prof. Dr. «Das Sauerstoffbedürfnis des Organismus». Zickel Prof. Dr. «Lehrbuch der Osmologie». Köcher Dr. «Ueber Novozon-Sauerstoffpräparate, ihre Anwendung und Wirkung (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1907)». Köcher Dr. «Experimentelle Nachweise über die Wirkung des Novozon (P. W.)». Hinz Dr. «Die Novozon-Heilmethode». Noorden C. v. Prof. Dr. «Handbuch der Physiologie und Pathologie des Gesammtstoffwechsels.

Ueber die primäre Infection der Schusswunden im Kriege.

Von

Dr. Wolfgang v. Reyher.

(Vortrag, gehalten auf dem XX. livländ. Aerztetag im August 1908)

M. H. Aus dem interessanten Gebiet der Kriegschirurgie möchte ich heute nur eine einzelne Frage erörtern; es handelt sich um die Infection der Schusswunden. Noch bis heute gilt der Lehrsatz E. Bergmanns, unseres Altmeisters der Kriegschirurgie, das Schusswunden als keimfrei anzusehen sind. Wer jedoch auf dem Kriegsschauplatz immer und immer wieder mit dem Messer gegen schwere Infection der Schusswunden hat ankämpfen müssen, der wird sich eines Missverhältnisses, das zwischen diesem Satz und der Praxis besteht, bewusst. Ein Rütteln an diesem Lehrsatz, dem wir die Segnungen der conservativen aseptischen Wundbehandlung verdanken, scheint einem fast unstatthaft, und doch treibt einen das Streben nach Klarheit zur Nachprüfung.

Ich versuchte vorläufig der Frage näher zu treten mit Hilfe des Materials aus dem Lazarett I. M. der Kaiserin Mutter, dessen Chef Prof. Zoege von Manteuffel war. Aus der grossen Zahl der gebuchten Verwundeten (über 1000) konnte ich leider nur 343 verwerten. Die übrigen mussten unberücksichtigt bleiben, da die Krankenbögen auf einem schleunigen Rückzuge verloren gegangen waren, resp. die Verwundeten wegen zu schneller Evacuation oder Exitus ohne genügende Notizen geblieben waren. Aus diesem Material ergab sich folgende Tabelle:

	S.	Nicht inficiert.	Inficiert.	Von 100 Verwundeten Inficiert.
Shrapnel etc.				
perforierende . .	59	6	53	89,6
nicht „ . .	51	4	47	92,1
	110	10	100	90,0

	S.	Nicht inficiert.	Inficiert.	Von 100 Verwundeten inficiert.
Mantelgeschoss				
perforierende . .	210	106	104	49,5
nicht „ . .	23	5	18	78,3
	233	111	122	52,3
Gesammtzahl				
perforierende . .	269	112	157	58,4
nicht „ . .	74	9	65	88,8
	343	121	222	64,8

Wie Sie sehen, sind 90 %, also ein kolossaler Procentsatz, der Shrapnelwunden inficiert, und auch bei Mantelgeschosswunden ist der Infectionssatz längst nicht so gering, wie allgemein angenommen wird.

Wie oben erwähnt, wird seit Bergmann jede Schussverletzung als primär keimfrei angesehen, kann also nur durch eine später hinzutretende Infection von aussen, von der Haut aus, resp. von innen, von den Schleimhäuten des Darmes, der Trachea aus zur Vereiterung gelangen, — eine Ansicht, der sich alle Meister der Kriegschirurgie wie Köhler, Hildebrandt, Coler, Schjerning u. A. angeschlossen haben. Aus dem Mandschurischen Feldzuge schreibt noch Brentano ganz unter dem Einflusse dieser Lehre: „Die primäre Wundinfection spielt in der modernen Kriegschirurgie keine wesentliche Rolle, denn es ist durch tausendfältige Erfahrungen und zahlreiche Versuche nachgewiesen, dass das Geschoss an sich, oder die Geschossteile nicht die Träger der Infection sind und selbst in der Wunde stecken bleiben können, ohne im geringsten die Heilung zu stören. Ja, selbst die in die Wunde mitgerissenen Fremdkörper, wie Teile der Kleidung, können reactionslos einheilen". Ich citiere Brentanos Ausspruch in toto, da er naturgetreu die herrschende Anschauung der modernen Kriegschirurgie wiedergiebt.

Ich habe unsere inficierten Fälle darauf hin nachgeprüft und gefunden, dass bei Verletzungen durch Shrapnel in sämmtlichen 90 % die Eiterung sich auf eine Primärinfection zurückführen lässt, sei es auf das steckengebliebene Geschoss selbst, sei es auf mitgerissene Kleiderfetzen.

Etwas schwieriger ist es, bei Verletzungen durch Mantelgeschoss die Rolle der Primärinfection festzustellen. Ich habe peinlichst hierbei alle oberflächlichen Schusswundeiterungen, alle mit Dochten und Sonden maltraitierten, alle ev. von innen aus inficierten Schusswunden als wahrscheinlich secundär inficiert ausgeschlossen, und doch ergab sich daraus für Verletzungen durch Mantelgeschoss folgende Tabelle:

Mantelgeschoss	S.	Nicht inficiert	Secundär inficiert.	Primär inficiert.	Von 100 Verwundeten secundär inficiert.	Von 100 Verwundeten primär inficiert.
perforierende	210	106	30	74	14,3	35,2
nicht „	23	5	—	18	—	78,3
	233	111	30	92	12,8	39,5

Diese 92 Inficierten recrutieren sich aus solchen, die tiefliegende Eiterungen längs dem Schusskanal, Abscesse, Phlegmonen, Gasphlegmonen, Tetanus, Kleiderfetzen oder Projectile aufwiesen.

Habe ich aber nun das Recht, diese Fälle als primär inficiert zu bezeichnen? Man wird mir erwidern können, dass auch diese Wunden durch Bacterien von der Haut aus inficiert worden sind, ist doch die Angst vor dem „Hereinwandern" der Bacterien so gross, dass sich W. von Oettingen sogar veranlasst gesehen hat, eine Mastix zu erfinden, um die Bacterien, wie er sich ausdrückt, auf der Haut zu arretieren. Nun, M. H., ich denke, Bacterien sind vor allen Dingen nicht im Stande, in diesem Sinn — ohne Hilfe eines Lymphstromes — zu wandern, wohl aber können sie sich langsam ausbreiten. Diesem langsamen Vordringen in den Schusskanal arbeitet aber im Laufe der ersten 10 Stunden die Blutung entgegen, wonach sich die Wunde verklebt und am 2. Tage schon trocken verschorft, wobei die Beschaffenheit des Verbandes ziemlich irrelevant ist. Die ev. nach der Blutung noch in den Schusskanal eingedrungenen Bacterien finden aber jetzt schon harte Granulationen vor, die ja, wie exacte Forschungen bewiesen haben, ein undurchdringliches Hindernis für Bacterien darstellen. Diese Erwägungen berechtigen mich die obengenannten 92 Fälle als primär inficiert anzusprechen. Das macht also für Mantelgeschossverletzungen 39,5 % primär und nur 12,8 % ev. secundär inficiert.

Daraus können wir also den Schluss ziehen, dass die Hauptrolle bei den Schussverletzungen im Kriege der Primärinfection zufällt.

Diese Behauptung wird noch durch die Beobachtung erhärtet, dass die schwersten Infectionen stets primärer Natur sind. Ich habe nie gesehen, dass eine Schrunde Gasphlegmonen oder Tetanus verursacht hat, wohl aber, dass bei Tetanus in 11 von 14 Fällen die Wunde durch mitgerissene Kleiderfetzen, die makroskopisch wahrnehmbar waren, verunreinigt war. Ebenso verhielt es sich mit der Gasphlegmone. Das sind die schwersten Wundinfectionen, und von denen war also der weitaus grösste Teil nachweislich primär inficiert.

Doch nun bedarf es noch der Erörterung, auf welche Weise die Erreger einer primären Infectionen in den Schusskanal gelangen.

Gewinnt man einen kleinen Einblick in die Literatur, so staunt man über die Fälle wertvoller experimenteller Arbeiten, die zum grossen Teil in Vergessenheit geraten sind und doch so eindeutige Antworten gerade auf diese Fragen zu geben vermögen.

Die von Billroth lancierte Thesis von der Abtötung der Keime durch den Schuss resp. Erhitzung des Projectils — ist hinfällig.

Das haben die zahlreichen Schiessversuche von Tavel, Colles, Müller, Habart, Frl. Pustoschkin, Messner und Kayser bewiesen. Die Versuche von Kayser sind so umfassend und maassgebend, dass ich es mir nicht versagen kann, kurz über sie zu referieren. K. schoss mit Kleinkaliber-Mantelgeschoss auf 100—150 m. auf Gelatinebüchsen. Jedesmal, wenn das Projectil mit Bacterien (Pyocyaneus, Staphylococcus, Milzbrandbacterien, Bacterium coli etc.) inficiert war, konnte er längs dem ganzen Schusskanal der Gelatine reichlich Kolonieen der angewandten Infectionskeime nachweisen. Er modificierte seine Versuche auf die manigfaltigste Art: bald inficierte er die Spitze des Projectils, bald dessen Seite, bald nur den Büchsenlauf, bald stellte er 2 Gelatinebüchsen hintereinander auf, und das Resultat waren stets reichliche Kolonieen, auch wenn er mit nichtinficierten Kugeln auf Gelatinebüchsen schoss, die mit inficiertem Tuch bedeckt waren.

Daraus können wir den Schluss ziehen, dass eine Kugel, die vor dem Schuss infectiös war, oder aus einem infectiösen Lauf abgeschossen war, oder infectiöse Stoffe zu durchschlagen hatte, stets Keime in den Schusskanal überträgt, — und zwar unbeschadet in ihrer Virulenz, wie Versuche an lebenden Tieren erwiesen haben.

Geschädigt in ihrer Virulenz werden die Keime nur dann, wenn die Kugel grosse Widerstände zu überwinden

hatte, wie z. B. bei Kaysers Versuchen 2 drei-mm.-dicke Eisenplatten. Bei solchen Widerständen, die zu den maximalen gehören, setzt sich ein Teil der lebendigen Kraft in Wärme um, sodass das Projectil, wie Bruns und Coler-Schjerning nachgewiesen haben, sogar ein Temperatur von 210° erreichen kann. Solche Temperaturen bringen selbstredend die Keime zur Abtötung, doch finden wir die dazu nötigen Widerstände im Kriege selten. Auf 800 m. fanden dieselben Autoren nur eine Erhitzung bis 67°; Weber hat bei seinen Untersuchungen gefunden, dass sich ein Projectil wohl selten höher als bis 95° erhitzt. Das sind aber Temperaturen, die den Keimen ungefährlich sind.

Als aseptisch dürfen wir aber das abgeschossene Projectil im Kriege nicht ansehen. Es unterliegt zu verschiedenartigen Manipulationen, wird zu lange in Staub und Schmutz herumgetragen, bis es schliesslich eine Wunde setzt. Von unserem modern chirurgischen Standpunct aus haben wir die Pflicht, die Kugel als infectiös zu bezeichnen.

Doch will ich keineswegs die der Kugel vor dem Schuss anhaftenden Keime an der häufigen Schussinfection beschuldigen. Die Hauptschuld hierau tragen die mitgerissenen Kleiderpartikel. Es ist allbekannt, dass Schrapnellkugeln die Tendenz haben, ganze Kleiderpfropfen mit sich zu reissen, die in ihren Schichten alle Schichten der durchschlagenen Kleidung wiederholen. Die Untersuchungen von Tavel, Messner und Kayser haben ergeben, dass in den Nährboden längs dem Schusskanal stets zahlreiche Wollfasern zersprengt waren, wenn die Gelatinebüchse mit Tuch bedeckt war. Karlinsky hebt gerade als specifische Wirkung des Kleinkalibergeschosses das Zerfasern des Tuches und Mitreissen der Fasern in die Wunde bis auf 12 cm. hervor. Dies ist also eine experimentell nachgewiesene Tatsache!

Nun drängt sich aber die Frage auf, ob Soldatenkleider im Kriege infectiös sind. Der Meister der Kriegschirurgie Bergmann schreibt, dass „Uniformstücke in der Regel eine Wunde nicht inficieren werden", — ein Satz, dem sich aus dem Mandschurischen Feldzuge Brentano rückhaltlos anschliesst.

Bergmann stützt seine Behauptung auf die bekannten Versuche Pfuhls, der bei seinen 26 Mäusen Fetzen aus alten Soldatenkleidern reactionslos einheilen sah. Diese Versuche sind aber keineswegs massgebend für den Menschen: Pfuhls Tiere verhielten sich gleich indifferent zur Implantation von Tuchfetzen, die mit Reinculturen inficiert waren. Billroth hielt Kleider für höchst infectiös, ebenso stellen sich auf Grund ihrer Erfahrungen auch Haya und Makins. Habart, Karlinsky und Schwarzenbach constatierten in Soldatenkleidern stets virulente Keime, und das in Friedenszeiten. Wer aber einen Feldzug mitgemacht hat, der weiss, in welchem Grade eine Soldatenuniform beschmutzt werden kann. Und wer die langwierigen Eiterungen, die mit dem Ausstossen von Kleiderfetzen enden, oder ausgedehnte Infectionsprocesse, Wundstarre oder rapid einsetzende Gasphlegmonen sich infolge mitgerissener Kleiderfetzen, hat entwickeln sehen, der glaubt nicht mehr an die Harmlosigkeit dieser Fremdkörper.

Das sind zu sprechende Tatsachen, die durch ein Knieschusspräparat mit eingeheiltem Tuchfetzen nicht in ein freundlicheres Licht gerückt werden können!

Und sollte auch der eine oder andere Tuchfetzen oder eine Kugel unter unseren Augen reactionslos im Körper verweilen, so bietet das noch keine Garantie für die Zukunft.

Ich habe, ohne extra zu suchen, einige Fälle von Spätinfection in der Literatur gefunden. In einem Fall hatte sich nach 12 Jahren um einen eingeheilten Kleiderfetzen ein grosser Abscess gebildet; hier hatte eine steckengebliebene Shrapnelkugel nach 2½ Jahren, da eine ebensolche Revolverkugel nach 5½ Jahren tötlichen Tetanus hervorgerufen.

Wie mit den Kleidern, so steht es auch mit der Haut. Auch sie ist hoch infectiös, auch aus ihr werden virulente Keime in den Schusscanal mitgerissen. Das haben die Untersuchungen von Boydon und Mikulicz bewiesen.

Wissen wir aber, dass das Projectil selbst nicht aseptisch ist und durch den Schuss nicht sterilisiert wird, dass die Kleider und Haut des Soldaten im Felde hoch infectiös sind, und dass die Kugel stets Kleidungspartikel und Epidermisteilchen in den Schusscanal mit sich reisst, so zwingt sich uns der logische Schluss auf, **dass jede Schussverletzung im Kriege primär inficiert ist.**

Daher glaube ich auch das Recht zu haben, alle 90% der inficierten Shrapnelverletzungen und mindestens diese ausgesuchten 39,5 % inficierten bei Mantelgeschossverletzungen als primar inficiert ansehen zu dürfen.

Dass die übrigen Verwundeten keine objectiven Kennzeichen einer Primärinfection darboten, ist noch kein Gegenbeweis gegen meine Behauptung; das beweist nur, dass der menschliche Körper über wirksame Kräfte für den Kampf gegen die Infection verfügt, und dass diese Kräfte plus Ausbluten (Bergmann, Zoege v. Manteuffel) genügten, um Herr zu werden über die vielleicht nicht sehr zahlreichen und wenig virulenten Keime.

Ziehe ich die auf 4 verschiedenen längs der Etappenlinie zusammengestellten Daten zusammen, so bekomme ich auf 2225 Verwundete 583 Inficierte = 26, 2 % Infection; — ein recht hoher Procentsatz! Dass in diesen Zahlen alle Kategorien von Verwundeten aufgenommen sind, beweist die Gesammtmortalität von 4 %, die nur um 1 % höher ist als die von Schäfer in der Mandschurei erhobene Mortalitätsziffer. Weitere Erörterungen über das Material der einzelnen Autoren würde mich zu weit führen.

Geboten scheint mir noch ein genaueres Eingehen auf die Verwundetenmortalität.

Aus Brentanos Material geht hervor, dass bei ihm von 100 Verwundeten 7 an Infection starben, von 100 Inficierten jedoch 15 Mann zu Grunde gingen. Bei uns starben von 100 Verwundeten 16, von 100 Inficierten aber 25 Mann! Auf Grund dieser Daten kann ich mich der Ansicht Brentanos, dass Schussinfectionen im Grossen und Ganzen auffallend leicht verliefen, nicht anschliessen. Wenn von den Inficierten 16—25 % an Infection zu Grunde gehen, so ist das als sehr hoher Procensatz und sehr schwerer Verlauf der Infectionen zu bezeichnen.

Es erübrigt noch, ein besonders trostloses Capitel der Kriegschirurgie zu erörtern: die Tetanusfrage. Und grade diese Infection ist der Primärinfection durch mitgerissene Kleiderpartikel zuzuschreiben, wie auch Hohlbeck anführt. Doch mögen hier Zahlen sprechen:

Von unseren

343 Verwundeten waren 13 = 4 %
222 Inficierten waren 13 = 6 %

mit Tetanus inficiert.

Ziehe ich noch die Publicationen von Patejenko, Brentano und Konik hinzu, so ergiebt sich daraus, dass von

2225 Verwundeten 19 = 1 %
aber von 583 Inficierten 19 = 3,2 %

mit Tetanus inficiert waren.

Berechnet man die Zahl der Verwundeten auf russischer Seite nach der Schlacht bei Mukden auf 50000, so ergiebt das einen Verlust an Menschen infolge Tetanus von 500

Mann, die fast alle auf Kosten der Primärinfection zu rechnen sind. Und leider ist hier die Therapie machtlos. Hier kann nur mit prophylactischen Antitetanus-Injectionen Abhilfe geschafft werden, eine Forderung, der sich alle Chirurgen der Neuzeit anschliessen und der schon jetzt in Frankreich in der Hospitalpraxis breit Rechnung getragen wird. Einer solchen prophylactischen Behandlung müssten alle Artillerieverletzungen und Querschläger unterworfen werden.

Halten wir nun den Satz, dass jede Schusswunde im Kriege primär inficiert ist, für bewiesen, so müssen wir auch die therapeutischen Consequenzen daraus ziehen. Mit scharfem Löffel den Kampf führen, wie Haya es zur Zeit der Chinesischen Wirren tat, hiesse das Wesen der Sache verkennen. Da heisst es jetzt, mit allen Kräften an der Erforschung biologischer Heilmethoden im Sinne der Complement- resp. Antitoxin-Vermehrung im menschlichen Körper zu arbeiten, ein Gebiet, auf dem sich ja von Tag zu Tag neue Fernblicke eröffnen. Und gerade diese Methode würde den Verwundeten am meisten zu gute kommen.

Bis dahin müssen wir, bis auf einige kleine Details, auf unserem conservativen Standpunkt beharren; trockener aseptischer Verband, möglichst ausgedehnte Anwendung von Immobilisation und prophylactische Antitetanus-Injectionen, denn nur so können wir der primären Infection entgegenarbeiten und die secundäre fernhalten.

Referate.

Dr. G. Salemann: Ueber die Verbreitung der Helminthiasis unter der Bevölkerung und Garnison Mitaus. In.-Diss. (russ.) aus dem pathologisch-anatomischen Institut — Prof. W. Afanasjew — der Universität Jurjew (Dorpat). — Riga. A. Syrkin. 1907. (O rasprostranennosti sabolewanija glistami sredi naselenija i garnisona Mitawy).

In der Einleitung, die eine fleissige Zusammenstellung der Literatur der letzten 15 Jahre enthält, weist Salemann auf die aetiologische Bedeutung der Helminthen bei den verschiedensten Erkrankungen hin. Darauf geht er zur Frage der geographischen Verbreitung der Helminthen über, wobei er darauf hinweist, dass in Russland diese Frage bisher nur an 8 Orten studiert worden ist, nämlich in Petersburg, Moskau, Novgorod, Kostromá, Helsingfors, Tula, im Kreise Surash (Gouv. Tschernigow) und in einigen Teilen der Gouv. Tiflis und Kutais (Kaukasus).

Unter den von Salemann untersuchten 2280 Personen der Civilbevölkerung und der Garnison von Mitau fanden sich Wurmeier bei 1269 = 55,65 pCt. und 1659 mal verschiedene Cestoden und Nematoden. Am häufigsten wurde der Trichocephalus dispar gefunden, nämlich 1030 mal, nächstdem Ascaris lumbricoides — 520 mal, Oxyuris vermicularis 93 mal, Botriocephalus latus 9 mal, Taenia saginata s. mediocanellata 5 mal, Taenia solium 2 mal. Verschiedene Wurmarten bei einer Person wurden in 373 Fällen gefunden und nur eine Wurmart in 896 Fällen. Eine so starke Verbreitung des Peitschenwurmes (Trichocephalus dispar) wie in Mitau, ist in keinem bisher erforschten Orte Russlands constatiert worden. Von den untersuchten Personen entfallen 2467 auf das Militär und 813 auf die bürgerliche Bevölkerung. Die Helminthiasis findet sich unter der Garnison weit weniger häufig als unter der bürgerlichen Bevölkerung. Unter den Recruten waltet die Ascaris vor, unter den Soldaten der älteren Jahrgänge der Trichocephalus, mit dem sie sich offenbar in Mitau selbst inficieren, und zwar aller Wahrscheinlichkeit nach durch Trinken rohen Wassers. Das häufige Vorkommen der Ascaris unter den Soldaten erklärt S. dadurch, dass die Garnison zu $^1/_4$ aus Leuten aus dem Gouvernement Minsk besteht, wo dieser Parasit sehr verbreitet ist. Das seltenere Vorkommen der Ascaris unter den Soldaten der älteren Jahrgänge führt S. darauf zurück, dass die Leute in dem Regiment eine mehr hygienische Lebensweise führen als vor dem Dienst. Dadurch erklärt sich auch das seltenere Vorkommen der Helminthiasis unter der Stadtbevölkerung im Vergleich zur Landbevölkerung. Dasselbe Verhältnis liess sich in Mitau beim Vergleich der gebildeten Stände mit dem Volk und zwar zu Gunsten der ersteren nachweisen.—Am häufigsten fanden sich Helminthen bei Letten (82,59 pCt.), dann folgen Juden (78,31 pCt.) Polen (74,65 pCt.), Russen (53,13 pCt.) und zuletzt Deutsche (42,03 pCt.). Unter den Letten ist die häufigste Helminthenart der Trichocephalus, unter den Polen — die Ascaris. Bei den Juden kommen beide Arten gleich häufig vor. Ein zweijähriger ununterbrochener Aufenthalt an einem Ort genügt nach den Beobachtungen Salemanns, um den Einfluss aller localen Lebensbedingungen (Klima, Nahrung etc.) auf die Häufigkeit der Helminthiasis festzustellen. Soldaten eignen sich sehr zum Beobachtungsmaterial in dieser Hinsicht. Unter den Frauen findet sich Helminthiasis häufiger als unter Männern, bei Mädchen häufiger als bei Knaben. Im Kindesalter werden Rundwürmer häufiger beobachtet als bei Erwachsenen. Nach den Untersuchungen Salemanns ruft die Helminthiasis bei mehr als der Hälfte der Träger (56,66 pCt.) keine krankhaften Erscheinungen hervor. Die Anwesenheit des Trichocephalus dispar bleibt für den Träger am häufigsten unbemerkt (74,26 pCt.), während Ascariden nur in 25,74 pCt. ohne Krankheitssymptome bleiben. Das häufigste durch die Helminthen hervorgerufene Symptom bilden Darmstörungen (24,33 pCt.), dann folgen Blutarmut (11,81 pCt.), Schmerzen im Epigastrium (11,61 pCt.) und im Leibe (11,33 pCt.), seltener sind Uebelkeit, Herzklopfen, Salivation, belegte Zunge, Schwindel, Zähneknirschen, Pruritus ani, erhöhte nervöse Erregbarkeit, Pupillenverengung, Foetor ex ore, Schwere im Leibe u. a. Die erwähnten Krankheitssymptome sind allen Helminthen eigen, aber Pruritus ani wird fast ausschliesslich bei Oxyuris sowie bei Symbiose dieses Wurmes mit anderen beobachtet, Pupillenverengung — hauptsächlich bei Gegenwart von Trichocephalus. Der Trichocephalus findet sich häufiger bei Menschen mit normaler Darmtätigkeit, Ascariden aber und Oxyuris gehen häufiger mit Darmstörungen einher. Der Trichocephalus findet sich häufiger bei Obstipation, Ascariden, im Gegenteil, häufiger bei Durchfällen.

Die fleissige, recht umfangreiche Arbeit Salemanns enthält viel Interessantes, doch lassen sich nicht alle Einzelheiten im Referat wiedergeben. Wer sich speciell mit der Frage der Helminthiasis beschäftigt, wird nicht umhin können, diese Dissertation durchzustudieren. Es ist schade, dass Verf. die Helminthenarten überall nur mit dem russischen Namen bezeichnet, ohne Angabe des in der Zoologie allgemeingültigen lateinischen, wodurch das Lesen der interessanten Schrift Manchem erschwert wird.

F. Dörbeck.

Prof. Dr. K. Reifferscheid. Die Behandlung der Eclampsie. Wiener medicinische Wochenschrift. 1908. Nr. 45.

Die sofortige Entbindung bei Eclampsie ist in der Frauenklinik in 30 Fällen durchgeführt worden, ohne darauf Rücksicht zu nehmen, ob die Wehen schon eingesetzt hatten, und welche Zeit der Schwangerschaft vorlag. Ein günstiges Resultat war vor allen Dingen für die Kinder zu verzeichnen, von denen 3 mal mehr am Leben erhalten werden konnten als früher, der Erfolg für die Mutter war kein wesentlich besserer. In der Klinik ist die Schnellentbindung indiciert, da in einer solchen der vaginale Kaiserschnitt schnell und gefahrlos ausgeführt werden kann. Anders ist es aber in der Privatpraxis. Nicht jeder Arzt ist im Stande, diese Operation zu machen, ausserdem fehlen häufig die dazu notwendigen Bedingungen, der passende Raum und die Assistenz. In solchen Fällen tritt die Kolpeuryse in ihr Recht, die jeder Arzt anzuwenden verstehen muss.

Bei der Behandlung der Eclampsie wurde von Narcoticis vollständig Abstand genommen, um nicht ein neues Gift in den Organismus einzuführen. Sehr bewährt sich der Aderlass (400—500 ccm.) mit nachfolgender subcutaner Kochsalzinfusion, wodurch der Allgemeinzustand sich bessert und die Krämpfe nachlassen. Zu widerraten ist der Anwendung von Schwitzkuren. Wird die Herztätigkeit schlecht, so ist subcutane Injection vom Kampher und Digalen in grossen Dosen angezeigt, und bei ungenügender Atmung Sauerstoffinhalationen und künstliche Atmung.

Was die Decapsulation der Nieren nach Edebohls anbetrifft, so hat sie Verf. nur in 2 Fallen ausgeführt. Beide Kranke starben, doch war eine Steigerung der Diurese zu bemerken. Die Wahl des Zeitpunctes für die Ausführung der Operation ist nicht ganz leicht. Am besten scheint es, sie 8—10 Stunden nach der Entbindung vorzunehmen, wenn bis dahin noch keine Entlastung der Nieren zu bemerken ist. Die Operation ist keine schwierige, Verf. führte sie auf jeder Seite in 10—15 Minuten aus.

Fr. Mühlen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. O. Lange (Braunschweig). Einblick in die embryonale Anatomie und Entwickelung des Menschenauges, nach eigenen Präparaten dargestellt, mit einem Atlas von 33 Tafeln. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1908.

Das vorliegende, dem Andenken Th. v. Schroeders gewidmete Werk ist eine Frucht langjähriger Studien an einem mit Fleiss gesammelten wertvollen Material menschlicher Foeten verschiedener Entwickelungsstufen. Für die allerfrühesten Studien musste Verf. allerdings, wie auch alle anderen Bearbeiter vor ihm, zu tierischen Embryonen greifen. Er beansprucht nicht, eine vollständige Entwicklungsgeschichte des menschlichen Auges zu bieten, liefert aber durch besonders anschauliche Präparate und ihre Erläuterung manchen wertvollen Beitrag dazu. So manche specielle Frage erhält hier ihre embryologische Erklärung und Illustration: so die entgegengesetzte Anordnung der Netzhautelemente im Wirbeltierauge im Vergleich zu dem der Wirbellosen, die Halbkreuzung der Sehnerven im Chiasma u. a. Die Ausstattung des Bilderwerkes ist auch im textlichen Teil eine vornehme, die mikrophotographische Reproduction der Präparate eine ganz vorzügliche. So haben hier Verfasser und Verleger zusammengewirkt, um ein rechtes Prachtwerk zu schaffen.

Blessig.

Prof. Dr. O. Lange (Braunschweig). Ueber Behandlung von Augenverletzungen. Sammlung zwangloser Abhandlung aus dem Gebiete der Augenheilkunde. Herausgegeben von Prof. Dr. A. Vossius. Bd. VII. Heft 5. Halle a. S. Marhold, 1908.

Wie die im gleichen Verlage erschienene, von Albertotti auch ins Italienische übersetzte Schrift des Verf.: «Ueber Diagnose und Behandlung äusserer Augenkrankheiten» ist auch das vorliegende Heft aus Vorlesungen in einem ärztlichen Fortbildungscursus hervorgegangen und ebenso wie jene durchaus dem Bedürfnis des practischen Arztes angepasst. Dieser findet hier in knapper, klarer Darstellung tatsächlich Alles, was ihm zu einem richtigen Verhalten in Fällen von leichteren oder schwereren Augenverletzungen, bis zur eventuellen Hinzuziehung des Augenarztes, zu wissen nötig ist. Alle wichtigeren Verletzungsarten werden hier kurz besprochen: solche durch Fremdkörper, durch scharfe und spitze, also schneidende resp. stechende Gegenstände, durch stumpfe Gewalt, Schussverletzungen, Verbrennungen und Verätzungen etc. Auf anti- resp. aseptische Behandlung von Augenwunden, Diagnose und Entfernung ins Auge eingedrungener Fremdkörper, Indicationen zur Enucleation verletzter Augen, Gefahr der sympathischen Ophthalmie u. v. a. findet jeder Arzt hier genügende Hinweise. So ist die kleine Schrift jedem Collegen angelegentlich zu empfehlen, ihre Uebersetzung auch ins Russische sehr zu wünschen. Denn der gute Rat, den Verf. am Schlusse dem nicht specialistisch geschulten Arzt erteilt: jede schwerere Augenverletzung gleich mit einem aseptischen Schutzverbande dem nächsten Augenarzt zu überweisen — dürfte heutzutage in Deutschland wohl überall, bei uns zu Lande aber, zumal in der Provinz, nur in grösseren Centren ausführbar sein.

Blessig.

Prof. Dr. A. Tabeitz. Differential-Diagnose der Anfangsstadien der acuten Exantheme für Aerzte, besonders Amtsärzte. Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1908. 104 S. Pr. M. 2.80.

Die Schwierigkeit der Differentialdiagnose der acuten exanthematischen Krankheiten: Scharlach, Masern, Röteln, der sogenannten «Vierten Krankheit» von Duke, der epidemischen Schweissfriesel (Miliaria), der Blattern, Schafblattern (Varicella) unter einander und gegenüber anderen Leiden wie Urticaria, Herpes, Akne, Impetigo, Eczem, Erisypel etc. wird peinlich von allen Aerzten empfunden, kann aber besonders Amtsärzten (Sanitätsärzten, Schulärzten u. s. w.) schlimme Stunden bereiten. Da ergiebt sich die Frage, handelt es sich um Scharlach, Masern, Pocken oder um etwas nicht Ansteckendes? Sind die Erkrankten zu isolieren, eine allgemeine Desinfection vorzunehmen oder nicht? Leider fehlen uns noch bislang exacte Untersuchungsmethoden (Serodiagnose, Agglutinationsproben) für diese Leiden, wir sind also nach wie vor auf die klinischen Untersuchungsergebnisse und auf die ärztliche Erfahrung angewiesen. Autor hat sich die Aufgabe gestellt, die für die acuten Exantheme besonders characteristischen Anzeichen und Merkmale hervorzuheben und gegenüberzustellen und so auch weniger practisch erfahrenen Aerzten die schwierige Differentialdiagnose zu erleichtern. Seine Aufgabe ist dem Verfasser gut gelungen, die Krankheitsbilder sind klar und präcise abgefasst, das Characteristische und Unterscheidende hervorgehoben. Das kleine Werk wird besonders von Kinder- und Amtsärzten mit Nutzen und Vorteil zur Orientierung angewandt werden. Eine Literaturübersicht über die neuesten Arbeiten auf dem Gebiete ist vorhanden, leider fehlt eine Inhaltsangabe.

W. Schiele.

F. L. v. Neugebauer. Hermaphroditismus beim Menschen. Leipzig. Verlag von Dr. W. Klinkhardt. 1908. Pr. broch. M. 40, geb. M. 43.

Der bekannte Forscher auf dem Gebiete des Zwittertums und einer seiner gründlichsten Kenner, F. v. Neugebauer in Warschau, hat in vorliegendem gross angelegten Werke ein äusserst wertvolles Handbuch geschaffen, das allen, die sich mit der Frage des Hermaphroditismus zu beschäftigen Gelegenheit haben, nicht nur sehr willkommen, sondern geradezu unentbehrlich sein wird. Das Buch ist die Frucht einer 15 jährigen Sammelforschung, wie Autor in der Vorrede bemerkt. Mit unermüdlichem Fleiss hat er alles auf sein Thema Bezügliche zusammengetragen und durch wertvolle und zahlreiche Eigenbeobachtungen bereichert und ergänzt. Es ist ihm so gelungen, ein enormes casuistisches Material zu sammeln, das allein 546 Seiten des Buches ausfüllt und eine Fülle der seltsamsten Beobachtungen bietet. Die Gesamtsumme aller Bücher, Angaben, Notizen über Hermaphroditismus, die Autor aus der Weltliteratur aller Zeiten herangezogen und verarbeitet hat, beträgt gegen 1850 Nummern, davon die Zahl der Einzelbeobachtungen 1250. — Die ausschweifendste Phantasie eines Romanciers wäre nicht im Stande, sich bizarrere und complicierte Situationen, Zufälle und Ereignisse auszumalen, als sie durch Irrtümer auf dem merkwürdigen Gebiete des Scheinzwittertums zur Wirklichkeit geworden sind. Da giebt es geschwängerte Franciscanermönche und Soldaten, die Kinder gebären; jahrelang verheiratete Frauen (eine 14 Jahre lang), die schliesslich als Männer erkannt werden, Nonnen, junge Mädchen, vielfach Bräute, denen das Gleiche widerfährt. Nicht weniger gross, als die Zahl der schliesslich als Männer erkannten «Ehefrauen» ist die Zahl der «Ehemänner», die sich als Frauen erwiesen. Nicht ganz vereinzelt sind die Fälle verheirateter «Frauen», die ausser dem Hause als Männer mit Frauen verkehren und sich Maitressen halten. Als Gegenstück giebt es nicht weniger als 19 männliche Hypospaden, die mit Erfolg die Rolle von weiblichen Prostituierten gespielt haben. Es handelt sich dabei nicht um Gevattergeschichten, sondern um unanfechtbar gerichtlich und medicinisch festgestellte Tatsachen! Die «erreurs de sexe» sind bedeutend zahlreicher, als das im Allgemeinen angenommen wird. Zu vielfachen Scheidungsklagen haben sie Veranlassung gegeben, vielfache Aenderungen der Metrik sind durch sie nötig geworden.

Wie erklärt sich nun die Entstehung des Hermaphroditentums beim Menschen und worin besteht er? Auf diese Frage giebt uns v. Neugebauer in dem einleitenden Capitel die Antwort. Das Wesen des Hermaphroditismus wird uns durch das Studium der Entwicklungsgeschichte verständlich, und nur sie vermag es, uns darüber aufzuklären. Mehrere niedere Tierarten sind wahre Zwitter d. h. Individuen, die sowohl andere schwängern, als auch selbst von anderen geschwängert werden können. Die Cestopoden besitzen hierbei sogar den Vorzug, sich selbst befruchten zu können, während die Hirudines und Gastropoden, zwar vollkommen bisexuell ausgebildet, darauf angewiesen sind, sich gegenseitig zu befruchten resp. befruchten zu lassen. — Auch die foetale Anlage des Menschen ist bisexuell, jeder Embryo besitzt bis zu einem gewissen Zeitpunkte sowohl die Wolff'schen Gänge, aus denen sich in der Hauptsache die männlichen Geschlechtsorgane entwickeln, als auch die Müllerschen Fäden, aus denen die weiblichen Sexualorgane hervorgehen. Ob die Anlage der Geschlechts- oder Keimdrüsen in den ersten Zeiten des Foetallebens indifferent ist, sich aus ihnen entweder Hoden oder Ovarien entwickeln können, ist nicht ganz unzweifelhaft, bisher jedoch im Allgemeinen angenommen. Die Gegenwart von Hoden oder Ovarien ist beim Menschen für das Geschlecht entscheidend, die Entwicklung der Keimdrüsen kann aber auf einem so rudimentären Stadium stehen bleiben, dass sie mikroskopisch weder als das eine (Hoden) noch das andere (Ovarien) angesprochen werden können. Solche Individuen bezeichnet Virchow als homines neutrius generis. Nun sind in neuester Zeit 5 Fälle nachgewiesen worden, in denen sich auch beim Menschen wahres Zwittertum (Hermaphroditismus verus) fand, indem diese Individuen Geschlechtsdrüsen besassen, deren eine Hälfte typisches Ovarialgewebe, die andere typisches Hodengewebe enthielt (Ovotestis). In allen anderen bisher zur Beobachtung gekommenen Fällen handelt es sich aber um Pseudohermaphroditismus, der da-

durch characterisiert ist, dass die Geschlechtsgänge und die äusseren Genitialen sich nicht entsprechend dem den Geschlechtsdrüsen zugehörigen Typus entwickeln, sondern nach dem entgegengesetzten. Oder es entwickeln sich männliche und weibliche Geschlechtsgänge (Wolffsche und Müllersche) gleichzeitig, die einen mehr, die anderen weniger vollkommen, wobei die äusseren Genitalien entweder entsprechend der Geschlechtsdrüse oder dieser nicht entsprechend ausgebildet sein können. «Das Wesen des Pseudohermaphroditismus besteht also in der paradoxen Discongruenz der Geschlechtsdrüsen einerseits und der Geschlechtsgänge respective äusseren Genitalien andererseits, indem, was letztere anbetrifft, der männliche Typus der äusseren Genitalien als eine Bildung per excessum der weiblichen äusseren Genitalien aufgefasst wird, die weibliche Bildung als ein Stillstand in der Entwicklung der männlichen.» Die verschiedenen Formen des Pseudohermaphroditismus lassen sich am besten in das Klebsche Schema fassen, dem v. Neugebauer in seiner Darstellung folgt. Man unterscheidet hiernach: I. Pseudohermaphroditismus femininus a) internus — äussere Genitialien normal weiblich, neben mehr oder weniger entwickelten Ovarien, Uterus etc. auch die Wolffschen Gänge schwächer oder stärker entwickelt; b) externus — innere Organe weiblich, mehr oder weniger entwickelt, äussere täuschen männliche vor, hypertrophische, selbst erectile Clitoris: die grossen Labien teilweise oder ganz verwachsen, täuschen ein Scrotum vor; c) completus — äussere Genitalien mehr den männlichen ähnlich, neben Ovarien finden wir Müllersche Fäden und Wolffsche Gänge.

II. Pseudohermaphroditismus masculinus a) internus — äussere Genitalien normal männlich (Penis), doch innere Genitalorgane männlich und weiblich (Hoden und Ovarien, Uterus, Vagina, die am Caput gallinaginis, aber auch zwischen den Scrotalhälften mündet); b) externus — die häufigste Form; Hypospadiasis scrotalis, mehr oder weniger ausgesprochen, Penis rudimentär, wodurch eine Vulva vorgetäuscht wird, doch dabei Hoden im Inneren; c) completus — neben den äusseren und inneren weiblichen Genitalien Hoden und Wolffsche Gänge. — In sieben Fällen hat man eine Juxtaposition und Verdoppelung äusserer männlicher und weiblicher Geschlechtsorgane beobachtet, d. h. neben einer Vulva ein Scrotum mit Penis. In manchen Fällen wird es schwierig, wenn nicht unmöglich sein, das Geschlecht am Lebenden zu bestimmen. — In einem Schlusscapitel, dem III., fasst von Neugebauer die Ergebnisse der Casuistik zusammen. «Ich muss mich Halban anschliessen, wenn er behauptet, der Begriff des Pseudohermaphroditismus sei bisher zu eng begrenzt worden, indem man nur die Differenzen in der Anlage der Keimdrüsen und der Genitalien berücksichtigte. Da die Pseudohermaphrodisie sich auch auf die secundären Geschlechtscharactere und auf das psychosexuelle Empfinden erstreckt, so müssen auch letztere in das Gebiet des Scheinzwittertums aufgenommen werden», lautet eine der gewichtigsten Folgerungen. Das Studium des Scheinzwittertums leitet hinüber zum Verständnis der Homosexualität, es sind nicht nur die Geschlechtsdrüsen massgebend, sondern auch die sog. secundären Geschlechtscharactere (Körperbau, breites weibliches Becken bei Männern, Entwicklung der Brüste etc.; enges Becken, Bartbildung, Fehlen der Brustdrüsen bei Frauen und ähnliches). «So gut es nun Homines neutrius generis giebt, so giebt es eine Unmenge Menschen, bei denen die Geschlechtscharactere teils gemischt, teils nicht dem Bau der Geschlechtsdrüsen homolog, sondern heterolog sind. Hirschfeld bezeichnet solche Menschen als Vertreter sexueller Zwischenstufen — es giebt eben unzählige Uebergänge zwischen der für den Mann und der für das Weib charakteristischen Körperanlage — und was für den somatischen Bau jedem begreiflich erscheinen wird, muss auch für das psychosexuelle Empfinden zugegeben werden». Die Casuistik zeigt eine grosse Anzahl von Fällen, in denen männliche Scheinzwitter, von Kind auf als Mädchen erzogen, sich trotz Gegenwart normaler Hoden durchaus als Weiber fühlten und selbst glückliche Bräute und Frauen geworden sind, während andererseits weibliche Scheinzwitter, die von anderen als Männer angesehen wurden und sich selbst für solche hielten, sich durch grosse «männliche Salacität» auszeichneten. Hirschfeld hat daher, nach Ansicht von N., nicht so Unrecht, wenn er sagt: «Das Geschlecht des Menschen liegt vielmehr in seiner Seele als in seinem Körper». Was nun die rechtliche Stellung der Hermaphroditen anlangt, so fehlt im neuen deutschen Bürgerlichen Gesetzbuch vollkommen ein Paragraph, der sie regelt; es wird in demselben angenommen, das sich in allen Fällen das Geschlecht müsse feststellen lassen, was ein Irrtum ist. Es würde uns zu weit führen, wollten wir dem Autor noch auf seinen weiteren interessanten Deductionen über Einteilungsprincipien der Formen des Pseudohermaphroditismus nach anderen Gesichtspunkten folgen, den Untersuchungen über die primären und secundären Geschlechtscharactere, den Einfluss der Geschlechtsdrüsen auf die secundären Geschlechtscharactere (Körperbau, Brüste, Becken, Bart etc. etc.), es sei nur noch erwähnt, dass v. N. zum Schluss eine ausführliche synoptische Zusammenstellung der Ergebnisse der Casuistik von den verschiedensten Gesichtspunkten giebt, die das Werk zu einem Nachschlage- und Handbuch par excellence macht. (Coincidenz mit anderen Missbildungen, Nekropsien, Constatierung einer wahren Zwitterdrüse, zu Lebzeiten irrtümlich bestimmtes Geschlecht, Scheinzwitter als Priester, Mönch, Nonne, Hermaphroditismus und Ehe etc. etc.). Ich hoffe durch dieses kurze Referat eine kleine Vorstellung davon gegeben zu haben, wieviel des Interessanten für Aerzte, Juristen, Psychologen, Naturforscher und überhaupt alle denkenden Menschen die Arbeit v. Neugebauers enthält, die ich wärmstens empfehlen kann, und für die wir dem Autor dankbar sein müssen.

Auch der Verleger hat unseren Dank verdient durch die vornehme Ausstattung des Werkes; der Druck und die Ausführung der zahlreichen Abbildungen sind vorzüglich und aufs Beste gelungen.

W. Schiele.

Mitteilungen aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

1871. Sitzung vom 2./15. III. 1908.

Anwesend 45 Mitglieder und als Gäste die DDr. Biehler und Böttcher.

Das Präsidium übernimmt in Abwesenheit des Präses und Vicepräses Dr. Hampeln.

Punkt I. Dr. Hirschberg stellt einen Fall von Sclerodermie vor. Patientin, 22 Jahre alt, keine nachweisbar hereditäre Veranlagung. Ausser leichter Paraesthesien und Frösteln keine sonstigen Prodrome. Von den Flecken ist der älteste, der auf dem Rücken, vor 4 Jahren entstanden, der jüngste, am rechten Unterschenkel («magerer geworden»), vor 3 Jahren. Schwindel und Erbrechen.

Der status praes. weist folgende Flecken auf: 1) auf dem Rücken — pigmentiert, atrophiert, bräunl. graue Gefässectasien. Der Fleck geht bis zum Halse hinauf. Am linken Rande des Fleckes hantelartige Keloide.

2) Rechts und links unter dem Kreuz je ein Fleck.

3) Am Abdomen, fast ihn im ganzen einnehmend, mit eingestreuten Keloiden.

4) Am rechten Unterschenkel ein rechtsseitiger Streifen mit bläulichem, geädertem Rande, oedematös.

Ueber den Flecken xanthelasmaartige Flecken von ockergelber Farbe, hirsekorngross.

In der Wadenmuskulatur chryositisähnliche Knollen. Keine Anaesthesie in den Flecken; keine Stauungspapille (Hypophysistumor).

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht:

1) Vitiligo
2) Lepra.
3) Atrophia idiopathica.
4) Sclerodermie.

Gegen Vitiligo spricht die Atrophie, gegen Lepra das Fehlen von Anaesthesien, gegen idiopathische Atrophie — das Oedem, die Farbe und der Glanz, somit bleibt:

Sclerodermie en plaques oder circumscripte übrig zum Unterschiede von der universellen Sclerodermie (Moulage und Röntgenaufnahme), wozu die Sclerodactylie gehört.

Synonyma: Cutis eburnea, cicatrisierendes Hautsclerom etc.

Wohl zu unterscheiden vom Sclerom; Neumann fand beide Krankheitsformen an einem Individuum.

Die jüngsten Flecken bei Sclerodermie sind mit Oedem verbunden, das 2. Stadium ist das der Induration, das dritte das der Atrophie.

Als ätiologische Factoren kommen in Betracht: 1) die Infection (Rheumatismus), 2) die Lymphstauung im Duct. thoracicus, 3) Gefässerkrankungen, 4) Erkrankungen der Thyreoidea, der Hypophysis, der Nebennieren, 5) die embryonale Anlage, 6) die Syringomyelie.

Die Therapie der vorliegenden Trophoneurose hat sich den ätiologischen Faktoren angepasst. Es giebt Fälle, die in Heilung übergegangen sind.

Weiter stellt Dr. Hirschberg einen Fall von Lupus vulgaris der Zunge vor.

Trägerin hat einen Lupus vulgaris disseminatus im Gesicht und beetartige Efflorescenzen auf der Zunge.

Zum Schluss demonstriert Dr. Hirschberg ein Instrument, das von ihm zu dem Zwecke konstruiert worden ist,

um die durch Glasdruck sichtbar gemachten Knötchen mit einem Farbstift an der Haut zu fixieren. Dasselbe besteht aus einer durchlochten Glaslinse mit einem Griff, in welchem der zugespitzte Farbstift aufbewahrt werden kann. (Diaphanograph nach Dr. M. Hirschberg) (die genaue Beschreibung erfolgt in der Zeitschrift für Dermatologie).

Discussion:

Dr. M. Schönfeldt kann mit Vortragendem in Bezug auf die Prognose der Sclerodermie nicht übereinstimmen. Falls es solche Fälle geben sollte, in denen sich die Infiltrationen voll zurückbilden und Pat. gesund werden, so müsse es sich seiner Meinung nach um Fehler in der Diagnose gehandelt haben, oder aber es würde noch gelingen, diese Fälle aus der Gruppe der klassischen Sclerodermie auszuscheiden und als besondere Krankheitsform von ihr zu scheiden, was ja bis jetzt seine Schwierigkeit haben könne. Die Sclerodermie sei wohl meist ein zum Tode führendes Leiden. Vor Jahren habe er einen Knaben, ca. 14 Jahre alt, vorgestellt, er hat sich stetig verschlimmert, kam ins Kinderhospital, die infiltrierten Stellen retrahierten sich, es bildeten sich Ulcerationen, und an allgemeiner Sepsis ging er zu Grunde.

Dr. E. Schwarz schliesst sich dem an, dass die allgemeine Sclerodermie unheilbar sei, von der partiellen Form habe er einen Fall gesehen, diese pflegen in ihrem Zustand zu beharren, und die Prognose sei bei ihnen daher günstiger, es mag mit der Aetiologie dieser Krankheit zusammenhängen, es fand sich nämlich in seinem Falle hereditäre Lues, ein Moment, das vielleicht die Prognose günstiger gestalte.

Dr. Hirschberg: Es sei etwas ganz anderes um die universelle Sclerodermie und die Sclerodermie en plaques. In Frankreich sei letztere relativ häufig, und dort sei man zum Resultat der guten Prognose gelangt. Seine günstig gestellte Prognose beziehe sich auch nur auf diese Fälle; es sei auch beobachtet worden, das sich obiger gutartigen Form die universelle Sclerose angeschlossen habe. Ob dieses zur Scheidung der Krankheitsformen verwendet werden könne — liesse sich nicht entscheiden. Interessant sei das Vorkommen der Sclerodermie neben Myositis — eventuell also eine infectiöse Ursache, daher sei aber auch vielleicht die Heilbarkeit zu erklären. Oft bleiben die Herde constant und machen keine Beschwerden, daher von einer Genesung doch wohl gesprochen werden könne.

Punkt II. Dr. Hampeln: Mitralstenose (erscheint in der Deutsch. medic. Wochenschrift).

Discussion:

Dr. Krannhals: Wenn Vortragender soeben die Vermutung geäussert, dass sich in Zukunft vermutlich die Zahl der reinen Mitralstenosen vermehren dürfte, und zwar weil wir in der Wasserprobe nun mehr ein Mittel besitzen die Sufficienz der Mitralklappe zu beweisen, so kann sich solches meines Erachtens nur auf solche Fälle beziehen, welche intra vitam als combinierter Klappenfehler imponierten (als Stenose mit Insufficienz), bei denen sich jedoch die Annahme einer Insufficienz als irrig erwies, indem durch die Wasserprobe die Schlussfähigkeit der Klappe demonstriert werden konnte.

Dr. Krannhals richtet nun an Vortragenden die Frage, ob er aus seinen reichen Erfahrungen diagnostische Anhaltspunkte geben könne, um einem derartigen klinischen Irrtum zu vermeiden. Meist werde es ja wohl ein systolisches Geräusch sein, welches, neben den physikalischen Befunden einer Mitralstenose bestehend, zur Annahme einer gleichzeitigen Insufficienz Veranlassung gebe.

Dr. Schabert spricht dem Vortragenden seine Erkenntlichkeit aus, dass er in einem ausführlichen Correferat vom klinischen Standpunkte aus zu dem von ihm Mitgeteilten Stellung genommen habe; das Schlussresultat sei principiell im Grossen und Ganzen das Gleiche; auch Dr. Hampeln betone die nicht allzugrosse Seltenheit reiner Fälle von Mitralstenose und deren relative Gutartigkeit.

Bedenken gegenüber den von ihm als reine Stenose angegebenen Fällen könne er nicht anerkennen, ein Schwanken im Urteil über die Schlussfähigkeit der Mitralklappe bei der Funktionsprüfung pathologischer Fälle habe nicht bestanden. Die Richtigkeit der Trichterform bei Klappenstenose sei ihm zweifelhaft; was er gesehen, entspräche nicht einem Trichter, sondern einem Diaphragma und der Schluss erfolge durch einen noch freien Abschnitt, meist des grossen Segels; in einzelnen Fällen sei dieser Abschnitt nicht nur frei, sondern auch zart und werde durch den Antrieb des vom Ventrikel aus hineingebrachten Wasserstrahles vorgewölbt.

Die relative Gutartigkeit vieler Mitralklappenfehler erkläre er sich aus pathogenetischen Ursachen. Die Mitralis werde, im Gegensatz zu den schweren nervösen Formen, die, wie er in einem früheren Vortrage nachgewiesen habe, mehr Aortenklappen bevorzugen, mit Vorliebe von der leichteren, sogen. rheumatischen Form der Endocarditis ergriffen, die nicht durch Ablagerung der Bacterien selbst, sondern durch deren Toxine verursacht werde, gerade so wie die Synovia der Gelenke oder die serösen Häute der Höhlen; warum das so geschieht, ist eine Frage für sich und heute nicht zu beantworten.

Was die klinische Diagnose der reinen Stenose d. M. anlangt, so diagnosticiere auch er die auf Grund der vom Vortragenden aufgeführten Erscheinungen, nur möchte er den vom Vortragenden als Klappenton bezeichneten ersten Ton an der Herzspitze als Muskelton aufgefasst wissen; sein besonders lautes Klappen bedeute die Hypertrophie des R. Ventricels. Er finde ihn auch immer neben einem Geräusch, wenn man das Stethoscop nur leise aufsetzt, es gewissermassen «lüftet», wodurch das Geräusch fast ausgeschaltet werden kann. Die Unterscheidung eines präsystolischen von einem systolischen Geräusch sei in vielen Fällen nicht leicht; eine einfache Ueberlegung auf Grund des von Helmholtz angegebenen Schwellenwertes für getrennt wahrnehmbare Schallphänomene führe dazu, nahe an die Systole heranrückende präsystolische Geräusche für systolische zu halten und dadurch der Annahme einer Insufficienz zu verfallen; für diese Fälle bedürfen wir in Zukunft durch aus einer schallwiedergebenden Vorrichtung, die nachträglich eine genaue, auf die einzelne Zeitphase abgestimmte acustische Analyse gestattet. Auch die orthodiagr. Methode sei zur Analyse heranzuziehen: bei reiner Stenose sei ihm eine mehr viereckige Form des Herzschattens aufgefallen bei allgemeiner mässiger Vergrösserung desselben. Unrichtig sei aber die vielfach gehörte Vorstellung einer Vergrösserung nach rechts oder nach links. Von Ausnahmen abgesehen (Fixation), gebe die Herzfigur stets eine Verbreiterung nach beiden Richtungen; nur die Form kann eine verschiedene, durch Länge und Weite bestimmte, sein.

Dr. Hampeln kann den Bemerkungen Dr. Schaberts, soweit sie sich nicht auf das Stenosen-Thema beziehen, eigentlich in keinem Punkte zustimmen.

1. Dem von Dr. Schabert angegebenen Index ziehe er wie früher so auch jetzt die gewöhnlichen Arten der klinischen Grössenbestimmungen vor.

2. Die Trichterform ist seiner Auffassung nach zum Unterschied von der gleichfalls anzutreffenden Diaphragmaform, eine wohl characterisierte Form der Mitralstenose.

3. Die an der Mitralklappe und den Aortenklappen auftretenden Endocarditisformen sind im wesentlichen die gleichen.

4. Der erste Herzton ist allerdings zum Teil auch ein Muskelton, aber zum anderen und zum wesentlichen Teil ein Klappenton und zwar Mitralklappenton und werde darum mit Recht als Mitralton bezeichnet.

5. In den gut compensierten Fällen von Mitralstenose, von denen in seiner Arbeit die Rede war, unterscheiden sich die Herzschatten nicht von dem Herzschatten Gesunder.

6. Wenngleich es möglich und wohl auch wünschenswert sei, den Moment des Eintrittes und der Dauer eines Herzgeräusches nach einer nicht subjectiven, sondern objectiven Methode genau zu fixieren, worüber übrigens schon Versuche und Mitteilungen vorliegen, so erscheinen ihm doch in praxi die bisher geübten Methoden völlig ausreichend zur Entscheidung der Frage, in welche Phase der Herztätigkeit ein Geräusch fällt.

Dr. von Sengbusch
d. Z. Secretär.

1872. Sitzung am 30. IV. 1908.

Anwesend 51 Mitglieder und als Gast Herr Dr. Biehler.

Vor der Tagesordnung widmet der Präses dem Andenken des verstorbenen Ehrenmitgliedes der Gesellschaft Dr. med. Gustav Carlblom warmempfundene Worte und ersucht die Anwesenden, sich zur Ehrung des Toten von den Sitzen zu erheben. Im Anschluss hieran giebt Dr. Hampeln einen detaillierten Bericht über die letzten Lebenswochen des Verstorbenen, erörtert seine diagnostischen und therapeutischen Erwägungen bei der Behandlung desselben und schliesst mit einem Bericht über den Befund bei der Autopsie.

Vor der Tagesordnung stellt weiter Dr. Büttner einen Patienten vor:

Meine Herren! Der 51-jährige Patient, den ich Ihnen hier vorstelle, leidet seit einigen Jahren an chronischem Bronchialcatarrh und Lungen-Emphysem mässigen Grades. ist im Uebrigen arbeitsfähig. Anscheinend ist er kein Phthisiker. Vor drei Tagen erkrankte er an einer trockenen linksseitigen Pleuritis. Er klagt über starke Stiche in der linken Seite, und man hört links hinten, seitlich und vorne lautes Reiben. Es besteht keine Dämpfung, und der Pectoralfremitus ist unverändert. Wenn ich Ihnen trotz der grossen Häufigkeit dieser Krankheit den Patienten vorstelle, so tue ich das eines

Symptomes wegen, das im Allgemeinen bei der Pleuritis wenig Beachtung findet und das bei dem Kranken sich in seltener Prägung findet. Wenn Sie Patienten auffordern, die Stelle seines recht heftigen Spontanschmerzes zu zeigen, so bezeichnet er eine Partie, welche ziemlich genau einer Partie entspricht, die hochgradige Druckempfindlichkeit aufweist. Es ist dieses ein Bezirk, der begrenzt wird von vorderer und hinterer Axillarlinie einerseits und von der VI. und IX. Rippe andererseits. Ein ganz leichter Druck in dem innerhalb dieses Bezirks gelegenen Intercostalraum zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie ist so schmerzhaft, dass Patient zusammenfährt; etwas weniger, aber immerhin noch sehr schmerzhaft wird ein Druck auf eine Rippe in dieser begrenzten Partie empfunden. Hebe ich in dieser begrenzten Partie eine Hautfalte vorsichtig ab, so ruft das, wie Sie sehen, keine Schmerzensäusserung hervor. Bei einer Prüfung der Sensibilität der Haut dieses Bezirkes mit Nadelspitze und Nadelkopf, die ich vorgenommen habe, zeigten sich keine deutlichen Abweichungen von der Norm; vielleicht, dass eine geringe Hyperästhesie vorlag.

Was die Pathogenese dieses hier so scharf ausgeprägten Symptoms anlangt, so kann ich aus Zeitmangel nur andeutungsweise auf dieselbe eingehen. Um eine Head sche Schmerzzone handelt es sich ja nicht, da die Druckempfindlichkeit, wie ich Ihnen zeigte, nicht in der Haut sitzt. Es wäre indessen an die Möglichkeit zu denken, dass es sich um ein Analogon einer Head schen Schmerzzone handeln könnte, dass nämlich der Schmerz nicht, wie bei den Head schen Schmerzzonen, in die Haut, sondern in die oberflächlichen Gewebe unter der Haut reflektiert würde. Immerhin erscheint das unwahrscheinlich. Dass es sich hier etwa um einen Schmerz durch direkten Druck auf die Pleura handelt, glaube ich nicht, denn erstens war der Druck, den ich in den Intercostalraum hinein ausübte, sehr gering, zweitens aber sind ja auch die Rippen selbst sehr druckempfindlich, und bei Druck auf die Rippe kann die Pleura unmöglich direkt getroffen werden. Um eine Peripleuritis ferner handelt es sich ja nicht, und direktes Uebergreifen der Entzündung auf die Intercostalmuskeln ist unwahrscheinlich, denn warum sollte dann der Druck auf die Rippen so schmerzhaft sein? Ferner fehlt ja auch jegliche oedematöse oder teigige Schwellung. Und so werden wir wohl am ehesten zu denken haben an ein Uebergreifen des Krankheitsprocesses von der erkrankten Pleura auf Zweige mehrerer Intercostalnerven, nicht der Stämme selbst. Wären die Stämme selbst betroffen, so wäre es nicht verständlich, warum sich Druckschmerz und Spontanschmerz nur in der beschriebenen begrenzten Partie finden sollten, während das verständlich wird, wenn wir annehmen, dass mehrere Zweige, nicht dagegen die Stämme selbst betroffen sind.

ad. P. I. der Tagesordnung.—Dr. Voss stellt einen Kranken vor, den er am 28. II. c. operiert hat. Die Wunde sei heute verheilt. Das Interesse des Falles liege jedoch an der Diagnose. Während einer Recurrensinfection sei Patient mit linksseitigen Ohrerscheinungen erkrankt. Unter starken Kopfschmerzen und täglichen Schüttelfrösten wäre eine starke Schwellung des linksseitigen Gehörgangs zu konstatieren gewesen; das Trommelfell nicht sichtbar. Die Blutuntersuchung auf Spirillen hätte ein negatives Resultat ergeben. Auf Grund des vorliegenden Krankheitsbildes sei zur Operation geschritten worden; der Sinus lagerte soweit vor, dass zur Erreichung des Antrums die Radicaloperation nötig gewesen wäre, welche dem Patienten vielleicht das Gehör auch auf diesem Ohre verdorben hätte (das rechte hörte schon seit 30 Jahren nicht), daher Tamponade und abwartendes Verhalten; auf Eiter sei man nicht gestossen. Am Abend desselben Tages wird eine Pneumonie im mittleren Lappen manifest. Letztere klingt ab, doch tritt eine weitere Infiltration der Lunge in d. r. Fossa supraspinata auf, die eine sehr schwere Reconvalescenz zur Folge hat. Redner wirft nun die Frage auf, ob die Otitis das Symptomenbild ausgelöst hat. Die Frage müsse unbedingt verneint werden. Der Sinus sei eben vollständig gesund befunden worden, das spreche dagegen.

Von früheren Epidemien sei ihm bekannt, dass Pneumonien häufige Begleiter der Recurrens wären. Trotz des negativen Spirillenbefundes sei also Redner doch der Meinung, dass es sich um Recurrens gehandelt habe, zumal in der Dissertation von Huff darauf hingewiesen werde, dass in einem gewissen Procentsatz von Fällen Spirillen nicht gefunden werden. Die Tatsache könne nicht weggeleugnet werden, dass im vorliegenden Falle unnütz operiert worden sei. Zum Schlusse macht Redner darauf aufmerksam, dass in diesem Jahre, wo wir abermals eine grössere Recurrensepidemie hätten, nebenbei aber auch Pneumonieen, Influenza und Malaria an der Tagesordnung wären, es leicht vorkommen könne, dass ein Fieberabfall auf den operativen Eingriff zurückgeführt wird, während er tatsächlich doch mit der Infectionskrankheit im Zusammenhang steht.

Discussion:

Dr. v. z. Mühlen erörtert seinen Standpunkt in der vorliegenden Frage. Es käme gelegentlich vor, dass gewisse Symptomenbilder eine Ohrerkrankung vertäuschten, wo streng genommen ein operativer Eingriff nicht gerechtfertigt wäre. Trotzdem trete Redner für die Berechtigung ein, gegebenen Falles das Antrum freilegen zu dürfen. Die Gefahr schwerer Complicationen von seiten des nicht operierten Sinus stehe in keinem Verhältnis zu dem relativ leichten Eingriff. Durch letzteren schade man dem Patienten weniger als durch das Risico, die schwersten Krankheitsbilder heraufzubeschwören, die durch zu langes Warten bedingt wären. Gegebenen Falles würde Redner das Antrum ohne Weiteres eröffnen, wenn das Krankheitsbild sich sonst nicht klären liesse.

Dr. Krannhals weist darauf hin, dass er unter den 3—400 Fällen von Recurrens, die er im Krankenhause beobachtet, keinen einzigen erlebt, wo bei typischer Curve Spirillen vermisst würden. Dieses könne er mit Sicherheit behaupten.

Dr. Hampeln schliesst sich dem an; zur Diagnose des Typhus recurrens gehöre der Nachweis von Spirillen.

Dr. Voss erwähnt nochmals die entsprechenden Arbeiten, die eine von Huff, in denen davon die Rede ist, dass in 30 resp. in 13 pCt. der Fälle von Recurrens Spirillen nicht gefunden wurden. Zum Schlusse seiner Arbeit behaupte Huff allerdings, sie in 150 Fällen gefunden zu haben. Auch von der letzten Epidemie könne Redner eines einschlägigen Falles Erwähnung tun, wo die Spirillen erst beim folgenden Anfall gefunden wurden. Redner betont weiter die Uebung und Erfahrung beim Suchen und Finden der Spirillen und erwidert zum Schlusse Dr. v. z. Mühlen, dass die Frage bezüglich des operativen Eingriff schwerwiegender formuliert werden müsse. Es handele sich nicht nur darum, ob man das Antrum freilegen solle oder nicht, sondern vielmehr darum, ob man weiter gehen solle oder nicht. Hierin liege die Schwierigkeit. Das Freilegen des Antrum bedinge keine Gefahr für den Patienten, während man bei tieferem Eingehen auf das Cerebrum doch wohl von Gefahr reden müsse.

ad. P. 2 der Tagesordnung.

D. v. Engelhardt demonstriert das anatomische Präparat eines Falles von Herzruptur. Das Seltene des Falles bestehe darin, dass an der Hand des klinischen Symptomenbildes unter Zugrundlegung des anatomischen Präparats angenommen werden könne, dass Patient noch viele Stunden nach dem Eintritt der Ruptur gelebt hat. Es hatte Gerinnung und Verschluss der Rupturstelle stattgefunden. Redner erörtert weiter die complicierenden abdominalen Erscheinungen, die zu diagnostischen und therapeutischen Fehlgriffen Veranlassung geben können und giebt kurze Hinweise auf die Literatur. So seien von Hampeln unter 2000 Herzkranken 5 Fälle von Herzruptur beobachtet worden, dazu 2 in der Privatpraxis — im Ganzen also 7 Fälle. — Die ausführliche Publication des Falles erfolgt in der St. Pet. Med. W.

In der Discussion bemerkt Dr. Hampeln, dass er 3, nicht 7 Fälle von Herzruptur beobachtet und beschrieben hat. Seiner Ansicht nach haben die Herzrupturen in der deutschen Literatur bisher eine stiefmütterliche Behandlung erfahren. Sie gelten zum Teil als blosse Curiosität. Allerdings sei auch die Ruptur ein seltenes Ereignis, das rechtfertigt aber nicht ihre kurze Abfertigung, die man höchstens dann gelten lassen könnte, falls es sich bei der Ruptur stets um einen plötzlichen und tötlichen Vorgang handelte. Das sei aber nicht der Fall. Die Sache kann sich erstens Tage lang hinziehen und stellt damit an das diagnostische Können die gewöhnlichen Anforderungen, und sodann muss nach chirurgischen Erfahrungen auch die Möglichkeit der Rupturheilung zugegeben werden. Somit gehöre auch die Herzruptur zu den wichtigen, genau zu nehmenden klinischen Vorgängen. Diagnostisch Ausschlag gebend sollte in diesen Fällen eigentlich der percutorische Localbefund, die Beobachtung des Ergusses ins Pericard sein. Doch fehle es gerade noch dieser Seite an sicheren Befunden, sodass einstweilen die subjectiven Beschwerden und allgemeinen Krankheitserscheinungen noch immer die Diagnose entscheiden. So auch in diesem Falle, in dem, wie nicht so selten, die Gefahr der Verwechselung mit schwerer Abdominalerkrankung als Ursache der Krankheitserscheinungen vorlag. Nach Ausschluss abdominaler Erkrankungen käme bei dem angegebenen eigenartigen Symptomencomplex ausser einer Ruptur, und zwar sowohl des Herzens als der Aorta noch Herzinfarct und das Aneurysma dissecans in Betracht, von denen die Ruptur zu unterscheiden, einstweilen wenigstens, unmöglich erscheint. Das Bild kann in dem einen wie im anderen Falle genau das gleiche sein. Therapeutisch sei er für Anwendung des Morphiums und gegen die Excitantien.

Dr. v. Bergmann betont die schwierige Lage des Chirurgen, ob er in dergestalt verlaufenden Fällen zur Operation schreiten solle oder nicht. Er halte es für tunlich, die

Indication zum operativen Eingriff eng zu umgrenzen und nur da zu operieren, wo palpatorisch nachweisbar ein Organ erkrankt sei resp. eine gesteifte Darmschlinge im Vordergrunde des Symptomencomplexes stehe. Dann müsse unbedingt eingegriffen werden. Liege kein palpabler Grund vor, dann solle man sich von der Operation fern halten. Der Meteorismus als solcher bilde keine Indication. Er könne sowohl durch Erkrankungen des Mesenteriums als auch durch Affectionen anderer Organe, oberhalb und unterhalb des Diaphragmas gelegen, ausgelöst werden. Eine Ausnahmestellung nehme in der Frage des chirurgischen Eingriffs das Pancreas ein. Doch hier müssten die Symptome sich zuspitzen, das Krankheitsbild eindeutiger werden, um den Eingriff zu rechtfertigen. Der reflectorische Meteorismus sei ein allgemeiner, doch vorherrschend wiederum d. Colon transversum gebläht im Gegensatz zum Colon descendens. Bei der versteckten Lage der Flexura coli sei in solchen Fällen das Ausschliessen eines Carcinoms sehr schwierig. Man könne durch plötzlich auftretende Occlusionserscheinungen überrascht werden. Doch trotz der letzteren Erwägungen sei vom Standpunkte der Chirurgen die Steifung des Darmes zu fordern. Erst das letztere Symptom entscheide endgiltig die Frage zu Gunsten der Operation.

Dr. C. Stender.
II. Secretär.

Protocolle des ersten Aerztetages

der

Kurländischen Aerztegesellschaft in Mitau vom 10—12. Mai 1908.

(Fortsetzung).

6) Dr. O. Brehm-Libau hält seinen Vortrag: «Zur Therapie der subphrenischen Abscesse». (In Nr. 36 der St. Pet. Med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

Dr. C. Brutzer weist darauf hin, dass die Localisation suphrenisher Abscesse speciell von Internisten weiter gefasst wird als Vortragender ausführte. Der Weg zur Eröffnung des suphrenischen Abscesses durch die Pleura wird auch bei Abscessen der Leber an ihrer Kuppe eingeschlagen.

Dr. Mauring hebt hervor, dass der eine Fall von subphren. Absc., den er gesehen hat, durch geringe Schmerzhaftigkeit sich ausgezeichnet hat. Schliesslich sei es zum Eiterdurchbruch hinten oben gekommen.

Dr. Brehm teilt mit, dass es bei dem von Dr. Mauring erwähnten Fall sich wohl um eine Pyonephrose gehandelt habe, die dann nach hinten oben durchgebrochen sei und sich nun zwischen Peritoneum diaphragmaticum und Diaphragma ausgebreitet habe. Der Umstand erkläre das Fehlen von exquisiten Abdominalerscheinungen, denn der Eiter liegt ja extraperitoneal und nicht in der Bauchhöhle. In der Regel brechen ja auch diese Abscesse schliesslich in die Bauchhöhle durch.

Dr. Zoepffel richtet an den Vortragenden die Frage, ob ihm aus der Literatur oder aus der eigenen Praxis Spontanheilungen bekannt sind. Er selbst verfügt über einen Fall, in dem ein durch Punction sichergestellter subphrenischer Abscess (links) ohne chirurgischen Eingriff sich nach aussen entleerte und zwar an der Stelle, an der die Punction vorgenommen worden war. Patient genas nach längerem Krankenlager.

Dr. Brehm erwidert, dass Spontanheilungen allerdings beobachtet worden seien, wenn auch selten, Maydl teile derartige Fälle mit, und auch Lennander hat entsprechende Beobachtungen gemacht. Andrerseits dürfe man nicht vergessen, dass subphrenische Eiterungen noch nach sehr langer Zeit verhängnisvoll werden können. Lennander sah nach mehreren Wochen scheinbarer Heilung plötzlich auftretende Pericarditis mit tötlichem Ausgang. Ein kleiner Herd war in die Pericardialhöhle durchgebrochen. Hinsichtlich des Zoepffelshen Falles hält er es für möglich, dass die Punction durch Infection des Punctionscanals dem Eiter den Weg nach aussen gewiesen habe. Er habe schon 10 Stunden nach erfolgreicher Punction bei der Operation den Punctionscanal schwer inficiert gefunden.

Dr. H. Hildebrand wendet sich an den Vortragenden mit der Frage, welche subjectiven Beschwerden für die Diagnose des subphrenischen Abscesses characteristisch seien.

Dr. Brehm erwidert, dass typische subjective Erscheinungen bei der Vielgestaltigkeit des ganzen Bildes schwer anzugeben seien, oft fehlen subjective Erscheinungen fast ganz. Nicht selten beobachten wir Erscheinungen, die nur die Brusthöhle zu belasten scheinen, Husten, Atmungsbeschwerden, Schmerzen beim Atmen, in die Schulter ausstrahlende Stiche. Fast immer fühlen sich die Kranken matt und leidend, sind appetitlos und unlustig. Oft stehen die abdominalen Symptome im Vordergrunde: Schmerzen, Singultus, Aufstossen.

5. Sitzung.

Von 4—6 Uhr Nachmittags.

1) Dr. E. Pelling-Mitau hält seinen Vortrag: «Ueber Malaria und Malariarecidive» (mit Demonstrationen).

Vortragender spricht über den augenblicklichen Stand der Malariaforschung, und erläutert die Vorgänge, die sich bei der Entwicklung der Malariaparasiten im Anopheles und weiter nach der Infection im menschlichen Blute während der primären Erkrankung und bei den Recidiven abspielen, an einer Reihe von Abbildungen und mikroskopischen Präparaten. Von einem Abdruck des Vortrages wird abgesehen, da ein solcher ohne illustrative Erläuterung verfehlt wäre. Aus demselben Grunde eignet sich das Vorgetragene auch nicht zu einem Referate.

(Autoreferat).

Discussion:

Dr. H. Hildebrand fragt, ob ausser bei Soldaten hier in Mitau noch Malaria beobachtet ist. In Libau ist die Krankheit selten.

Dr. Pelling kann darüber nichts näheres aussagen.

2) Dr. M. Hirschberg-Riga hält seinen Vortrag: «Hände» (Röntgenstudie).

Dr. Hirschberg legt eine Reihe von Photographien von Röntgenbildern vor, an denen er verschiedene Affectionen und Entwickelungsstörungen des Handskeletts bespricht.

Discussion:

Dr. Brutzer weist darauf hin, dass die Knochenatrophie in der Nähe tuberculöser Herde nur eine secundäre Erscheinung sei, wie sie aus anderem Anlass auch vorkommt, und warnt vor einer Auffassung specifisch tuberculöser Atrophie.

Dr. Hirschberg macht auf den Kalkschwund, auf die von den Röntgenologen auch schlechthin Atrophie genannte Erscheinung aufmerksam. Die Defecte erscheinen z. B. durch Tuberculose viel grösser als sie in der Tat sind.

Als bald nach Beginn der Sitzung der Vorsitzende unter den Anwesenden den Präses der Gesellschaft Livländischer Aerzte, Dr. A. von Bergmann-Riga, bemerkt, nimmt er die Gelegenheit wahr, ihm vor der Versammlung für die Teilnahme zu danken, die er durch sein Erscheinen bekundet.

6. Sitzung.

Montag, den 12. Mai, von 10—1 Uhr Vormittags.

1) Dr. H. Hildebrand-Mitau hält seinen Vortrag: «Ueber Beziehungen zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen». (In Nr. 40 der St. Pet. Med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

Dr. Tiling-Riga: Zum Ausbruch und zur Genesung resp. zu Intermissionen von Psychosen geben den letzten Anstoss die Gemeingefühle, die aus der Blutbahn oder den Körperregionen dem Centrum zugeführt werden. Bei fieberhaften Krankheiten, Intoxicationen etc. werden die sensiblen Nerven gereizt oder gelähmt. Im letzten Fall schwinden unangenehme Sensationen und es entsteht Euphorie. Durch diese können z. B. Grössenideen veranlasst werden, wie es kürzlich eine Arbeit aus der Halleschen Klinik darzutun unternimmt. So können auch acute Erkrankungen durch Hemmung der Sensationen zum Stillstand der Geistesverwirrtheit und zur Aufklärung des Sensoriums führen. Doch ist wohl die so entstandene Geistesklarheit nur vorübergehend, eine dauernde Genesung nach Typhus bei Irresein ist dem Redner nicht bekannt geworden. Ebenso verhält es sich wohl auch mit den andern Infectionskrankheiten, obgleich manche günstig lautende Berichte, sogar in Fällen von Paralyse vorliegen.

Dr. Idelsohn: Es besteht ein gewisser Parallelismus zwischen körperlicher und psychisch-moralischer Anästhesie. Man denke dabei an die anästhesierende Wirkung des Morphiums, des Alcohols, Cocains etc. und an die bei Missbrauch dieser Mittel sich ausbildende sittliche Anästhesie d. h. die Depravation der höchsten sittlichen Gefühle.

Ein Gleiches beobachten wir oft bei den körperlich anästhetischen und ethisch stumpfen Hysterischen; andrerseits sehen wir grosse Menschen ihren körperlichen Schmerz mit Ergebung und Ruhe tragen. Unsere Behandlung der nervösen Schmerzen sucht gerade durch Beeinflussung der Selbstbeherrschung und systematischen Erziehung der Duldsamkeit nicht aber durch die Verordnung schmerzstillender Mittel in vielen Fällen einzuwirken, und oft gelinge es, körperliche Schmerzen auf psychischem Wege fortzuschaffen. Man kann ferner die Beziehungen zwischen körperlichen und psychischen Erscheinungen auf die Vermittelung des Circulationsapparates zurückführen, wie das aus den circulären Formen bei der Arteriosklerose, der psychischen Erscheinungen bei den terminalen Schmerzattaquen der Dysbasia angiosclerotica hervorgeht. Ebenso lassen sich die Temperamente, die Beeinflussung der Stimmung durch Ernährung, Ruhe und Arbeit auf die Anteilnahme des Circulationsapparates beziehen. Im Uebrigen würde es zu weit führen, auf alle die Anregungen einzugehen, zu denen der interessante Vortrag Anlass giebt.

Dr. H. Hildebrand hebt nochmals als besonders interessant die Tatsache hervor, dass bestehende Geistesstörungen durch das Hinzutreten körperlicher Erkrankungen zur Heilung gelangen können, und wendet sich an Director Tiling mit der Bitte, ähnliche Erfahrungen aus seiner Praxis mitteilen zu wollen.

Dr. Tiling bemerkt zu den Ausführungen des Dr. Idelsohn, dass sie den Seinigen wohl als Stütze dienen könnten, betreffend den Einfluss der sensiblen Eingeweidenerven und ihrer Anästhesierung; nur möchte Redner hervorheben, dass nach seiner Meinung die Circulationsstörungen nicht eine wesentliche Rolle beim Zustandekommen von Psychosen spielen; die Hauptrolle komme den Nerven zu.

Dr. Schroeder-Riga: In der Feststellung causaler Beziehungen zwischen psychischen und physischen Erscheinungen müsste eine grössere Vorsicht und Kritik geübt werden als bisher. In vielen Fällen wird die Entscheidung schwierig sein, ob Verhältnisse der Coordination oder Subordination vorliegen, Im ganzen scheint bei den Psychiatern noch die Tendenz zu überwiegen, in jedem Nebeneinander von psychischen und somatischen Symptomen, diese als das Verursachende, jene als das Verursachte aufzufassen. Die guten Gründe, die für eine entgegengesetzte Möglichkeit sprechen, werden nur allzuleicht übersehen. Fällen aus der Gruppe der sogenannten Affectpsychosen begegnen wir immer wieder unter der Angabe, dass sie auf dem Boden dieser oder jener Neurose entstanden seien, obwohl der physiologisch erbrachte Nachweis des Einflusses der Affecte auf das sympathische Bewegungssystem den Gedanken an die secundäre Bedeutung der Neurose nahe genug legt. Ebenso leicht ist man anderseits wieder geneigt, dort, wo der Einfluss des Psychischen auf das Physische festzustehen scheint, ohne Weiteres an Hysterie zu denken. Eine verwirrende Rolle spielt hier der Begriff des Psychogenen. In seiner eingeschränkteren Bedeutung könne er einmal im Sinne der Hysterie auf das Wirken einer Vorstellung oder eines suggestiven Factors hinweisen. In der weiteren Bedeutung heisst psychogen «überhaupt psychisch verursacht». Es ist klar, dass zwischen hysterischen Vorgängen und solchen psychischen Einflüssen, die ohne Beteiligung des vorstellenden und wollenden Ich stattfinden, ein principieller Unterschied zu machen ist. — Im Anschluss an den von Dr. Idelsohn erwähnten Füllungszustand der Gefässe möchte ich kurz über eine von mir beobachtete Magenblutung bei einer schweren Depression berichten. Die Kranke erbrach reichliche blutige Mengen und erlag schliesslich der Blutung. Auffallend dabei war, dass einige Zeit nach dem Auftreten der Blutung die Stimmung im Gegensatz zur früheren Hemmung einen ausgesprochen euphorischen und angeregten Character annahm, der bis zu dem nach ungefähr 24 Stunden erfolgten Tode anhielt.

Dr. Stieda-Mitau: Die Tatsache der Wechselbeziehungen zwischen körperlichen und geistigen Erkrankungen kann nicht oft genug wiederholt werden, um so mehr als gerade in den letzten Jahren in der russischen psychiatrischen Literatur sich Bestrebungen gezeigt haben, geistige Erkrankungen auf rein psychische Ursachen, wie der Krieg und politische Ereignisse zurückzuführen. Ist doch selbst der Versuch gemacht worden, besondere Krankheitsformen je nach der sie angeblich hervorrufenden psychischen Ursachen abzusondern.

Diese Versuche sind schon in der russischen Literatur gebührend zurückgewiesen worden, noch vor kurzem von Tschish, da aber gewisse psychiatrische Kreise noch immer an solchen Bestrebungen festhalten, so ist es immer nur zu begrüssen, wenn der Einfluss der körperlichen Ursachen besonders betont wird.

Dr. Idelsohn: Im Anschluss an die Ausführungen von Dr. Stieda erlaube ich mir, einer Arbeit von Tschish Erwähnung zu tun, in der er auf die grosse Seltenheit von Psychosen bei Prostituierten hinweist, bei denen doch wahrlich alle die Noxen in überreichem Masse vorhanden sind, die man gewöhnlich für die Entwickelung von Psychosen verantwortlich macht. Herrn Director Tiling gegenüber erlaube ich mir die Frage, wie die von ihm vertretene Hypothese sich zu der Tatsache stellt, dass die meisten Paralytiker — trotz des Ausfalles der Unlustgefühle — keine Grössenideen darbieten.

Dr. Tiling: Auf die Frage von Dr. Idelsohn, wie es zu erklären sei, dass nur bei einem Teil der Paralytiker Grössenideen beobachtet werden, wenn bei allen die sensiblen Eingeweidenerven in gleicher Weise beteiligt seien, bemerkt Redner: die Wahnideen seien ja nicht aus den momentanen, rein körperlichen Veränderungen der Organe allein zu erklären; es kämen bei der Bildung von Wahnideen noch zweierlei andere Factoren in Betracht, von denen nur in der gegenwärtigen Discussion nicht die Rede sei; die characterliche Naturanlage des Individuums sowie das Milieu, in dem das Individuum erwachsen sei und gelebt habe. Wäre also z. B. die Euphorie durch körperliche Veränderungen zu erklären, so müsste doch noch der Inhalt des Wahns aus der Anlage und dem Vorleben des Menschen hergeleitet werden. Wer früher etwa nur ehrgeizige Wünsche hegte, könnte nun diese Wünsche für vollendete Tatsachen ansehen.

2) Dr. W. Stieda-Mitau hält seinen Vortrag: «Ueber die Beziehungen der practischen Aerzte zur Psychiatrie». (In Nr. 39 der St. Pet. Med. Wochenschrift erschienen).

3) Dr. Ch. Siebert-Libau hält seinen Vortrag: «Ein Fall von Pachymeningitis cervic. hypertroph.» (In Nr. 32 der St. Pet. Med. Wochenschr. erschienen).

4) Dr. E. Schwarz-Riga hält seinen Vortrag: «Ueber acute, traumatische Ataxie». (In Nr. 46 der St. Pet. Med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

Dr. Stieda-Mitau: Ad vocem cerebrale Hyperthermie muss ich sagen, dass bisher eindeutig entscheidende Experimente noch nicht vorliegen. Wohl behaupten es verschiedene Untersucher, so die vom Vortragenden genannten, dass sie einen Zusammenhang gewisser Hirnteile mit der Wärmefunction nachgewiesen haben. Studiert man jedoch die Protocolle, so findet man, dass es sich um Zehntel Grade handelt. Meine eigenen Versuche haben ebenfalls keinen eindeutigen Zusammenhang nachweisen können. Stiche ins Grosshirn des Kaninchens geben, einerlei welche Teile sie treffen, eine gewisse Steigerung der Temperatur.

Ausserdem muss ich sagen, dass es ein falscher Gedankengang ist, aus der durch mechanische Reizung hervorgerufenen Hyperthermie auf Vorhandensein eines Wärmecentrums zu schliessen. Reizung eines hypothetischen Wärmeregulierungscentrums müsste aber eine Temperaturabnahme hervorrufen, keine Steigerung. Ueberhaupt ist die Existenz eines besonderen Wärmeregulierungscentrums noch nicht streng nachgewiesen. Cerebrale Hyperthermie lässt sich fürs erste jedenfalls noch nicht localisatorisch verwerten.

Dr. Tiling bemerkt zu den Ausführungen des Vortragenden über Körpertemperaturen, dass niedrige Temperaturen bei Paralytikern nicht so gar selten bis unter 30° C. einige Tage vor dem Ende beobachtet werden, und vor vielen Jahren vom Redner als rein cerebralen Ursprungs gedeutet worden seien. Eine andere Erklärung erscheine auch jetzt für dieses Phänomen kaum möglich. Hohe Temperaturen bei Geisteskranken wiesen nicht so eindeutig auf den cerebralen Ursprung.

Als besonders wichtig und interessant möchte Redner aus diesem und aus früheren Mitteilungen des Collegen Schwarz noch hervorheben, dass in Fällen von schweren, organischen Schädigungen des Gehirns durch Traumen Genesung und Arbeitsfähigkeit der Kranken eintreten kann, während das Heer der gewöhnlichen traumatischen Neurotiker im Ganzen eine so schlechte Prognose bietet.

5) Dr. W. Unverhau-Mitau hält seinen Vortrag: «Ueber eine Allgemeininfection, hervorgerufen durch das Bacterium Coli commune».

Vortragender schildert die Krankengeschichte eines 14-jährigen Mädchens, welches vor etwa 4 Jahren eine 6 Wochen lang bestehende Cystitis gehabt haben soll, seitdem aber stets gesund gewesen sei bis auf leichten Harndrang, der vor zwei Jahren im Verlauf von einigen Tagen bestanden haben soll.

Patientin erkrankte am 7. October 1907 mit einem Schüttelfrost, lebhaften Schmerzen in der Blasengegend, Harndrängen

und typischen Veränderungen des Harnes, wie sie der Bacteriurie eigen sind. Als Erreger der Bacteriurie, die während der ganzen Krankheit unverändert bleibt, erweist die bacteriologische Untersuchung des steril entnommenen Urins den Colibacillus. Im weiteren Verlaufe der Krankheit treten immer mehr die Erscheinungen einer Allgemeinerkrankung in den Vordergrund, begleitet von einem in characteristischen Linien sich bewegenden Fieber; diese Fiebercurve, eine getreue Projection der Gesamterkrankung, lässt erkennen, dass die Erkrankung aus vier staffelförmig an- und absteigenden Attaquen besteht, deren jedesmalige Dauer 16—18 Tage beträgt und die von einander durch 5—7-tägige Zwischenzeiten getrennt sind. Während der ersten Attaque stehen die Blasenbeschwerden im Vordergrunde; zugleich machen sich nicht gerade sehr heftige Schmerzen in der linken Nierengegend bemerkbar. In der II. Attaque treten diese Schmerzen mehr rechts auf. Die III. und IV. Attaque sind characterisiert durch Durchfälle und einen quälenden, trocknen Husten, wobei über dem ganzen Thorax laut pfeifende Rhonchi hörbar werden. Leber und Milz sind leicht vergrössert. Alle diese Erscheinungen entwickeln sich bei jeder neuauftretenden Attaque in schneller Folge, um dann während des Abstieges wiederum vollständig zu verschwinden. Auch das ganze Wesen der Kranken nimmt an diesem Wechsel teil: während in den Zwischenzeiten die Patientin heiter, lebhaft, liebenswürdig ist, fällt gleich im Beginn einer neuen Attaque ihr mürrisches, launisches, fast unartiges Gebahren auf; die Esslust schwindet dabei vollkommen. In der letzten Zeit der Krankheit steigerte sich die Appetitlosigkeit geradezu bis zum Ekelgefühl vor jeglicher Nahrung; umgekehrt hebt sich der Appetit zum Schluss der absteigenden Fiebercurve und nimmt z. B. zwischen der III. und IV. Attaque geradezu die Form eines Heisshungers an. Mit jedem neuen Anfall stieg die durchschnittliche Pulszahl und erreichte während des letzten Anfalls 160 Schläge in der Minute.

In den letzten Wochen der Erkrankung stellten sich lebhafte neuralgiforme Schmerzen ein; bei eintretender Reconvalescenz liess sich eine deutliche Muskelatrophie des rechten Beines nachweisen. Das Blut wurde auf der Höhe der Erkrankung steril befunden, Gruber-Widal war negativ, die Zahl der weissen Blutkörperchen eher vermindert. Die Krankheit dauerte 88 Tage, der Gewichtsverlust durch die Krankheit betrug schätzungsweise 40 Pfund. Die Bacteriurie schwand sehr bald nach der definitiven Entfieberung.

Vortragender berührt zunächst die Frage über die Entstehung der Bacteriurie; ferner geht er auf die in der Literatur unter dem Namen Bacteriurie niedergelegten Krankengeschichten ein, wobei er der Meinung ist, dass mit dem Namen «Bacteriurie» nur solche Fälle bezeichnet werden dürften, welche nur die typischen Urinveränderungen ohne weitere Complicationen aufwiesen. Ferner beschäftigt sich Vortragender näher mit der Pyelitis, wie sie Lenhartz geschildert hat; auch dieser Krankheitsform vermag er seinen Fall nicht zuzuweisen. Eher hält er es für möglich, denselben als Coli sepsis zu bezeichnen, wenngleich es zweckmässig wäre, diesen Namen für solche Fälle aufzusparen, die den Colibacillus intra vitam im Blut kreisend zeigen; solche in der Literatur aufgezeichneten Fälle, hätten zudem doch auch ein wesentlich anderes Krankheitsbild. Auf den hier geschilderten Krankheitsfall passe am ehesten diejenige Characteristik, die Kolle in kurzen Worten der Colibacillose gegeben hat.

Bei Betrachtung der Temperaturcurve darf nicht unerörtert bleiben, dass der Fieberverlauf, namentlich während der ersten 2—3 Wochen, nicht unwesentlich durch Darreichung von Aspirin und dergleichen beeinflusst worden ist und dadurch von seinem Character einiges verloren hat.

(Autoreferat.)

Discussion:

Dr. v. Grot hat den Fall anlässlich der ersten Cystitisattaque zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit gehabt. Damals trat die Cystitis in unmittelbarem Anschluss an eine Erkältung (Sitzen auf dem Rasen in grosser Kälte) auf, verlief unter dem Bilde der acuten Cystitis, anfangs stark getrübter blutiger Urin, Strangurie etc. Bacteriologisch ist er damals nicht untersucht worden. Doch war der Verlauf ein der gewöhnlichen Cystitis entsprechender und die Kranke wurde nicht eher aus der Behandlung entlassen, als bis der Urin völlig klar geworden war und alle Symptome geschwunden waren. Die erste Erkrankung in Verbindung mit der von Dr. Unverhau geschilderten zu bringen, scheint mir nicht möglich.

Dr. v. Keyserling: Gravidität ist ein prädisponierendes Moment für Bacteriurie und Pyurie. Pyelitis heilt dabei zuweilen auf expectative Behandlung aus, die Bacteriurie scheint mehr Tendenz zu verschlepptem Verlauf zu haben.

Dr. Mauring hält den Fall für eine einseitige Pyelitis und den Bacterienbefund für eine Begleiterscheinung; dass man keinen Eiter gefunden hat, kann ja daran liegen, dass der eine Ureter verklebt war und den Eiter nicht in den Harn treten liess, in der Dorpater Klinik hat er einen ähnlichen Fall gesehen.

Dr. Unverhau: Zugegeben werden muss, dass die Kranke stets unter genauester Beobachtung gestanden hat, so dass es nicht wahrscheinlich erscheint, dass die Patientin vier Jahre lang an einer Bacteriurie gelitten hätte, ohne dass es der Umgebung bekannt gewesen wäre. — Für die Entstehung der Bacteriurie, oder auch der Pyelitis ist nicht nur die Gravidität, sondern auch das Wochenbett von Bedeutung.

Dass es sich hier um eine Pyelitis gehandelt habe, kann ich nicht zugeben. Wohl mag eine Pyelitis der Ausgangspunkt der Allgemeinerkrankung gewesen sein: es lässt sich annehmen, dass vom vielleicht nur leicht entzündeten Nierenbecken aus es durch Resorption der Toxine zur Allgemeininfection gekommen ist. Gerade der Character der Allgemeininfection ist es, welcher dieser Erkrankung das Eigentümliche giebt und sie als besonderes Krankheitsbild von den Lenhartzschen Pyelitisformen abscheiden lässt.

Dr. Raphael: Schliesse mich den Ausführungen des Collegen Unverhau an, dass es sich um eine schwere Allgemeininfection gehandelt hat und nicht um eine einfache Pyelitis. Leber und Milz waren stark geschwollen, ausserdem bestanden, was College Unverhau nicht genügend hervorgehoben hat, Erscheinungen von Neuritis.

Eiter ist in unserem Falle nie gefunden worden, die Bacterien zeigten am Anfang jedes Anfalles ein anderes Verhalten, waren beweglicher, traten in Reihen angeordnet auf, während sie zum Schlusse desselben einzeln auftraten und weniger beweglich waren.

Während der Sitzung erscheint der Medicinalinspector von Kurland, Dr. med. Kandidow. Er hatte eine Einladung zur Eröffnung des Aerztetages erhalten, war aber bis jetzt verhindert gewesen, zu erscheinen. Auch an dem Souper, das die Stadt Mitau am Abend des 1. Tages den Aerzten gab, und an dem geselligen Beisammensein am Abend des 2. Tages war er nicht in der Lage gewesen teilzunehmen. Kaum bemerkt ihn der Vorsitzende im Saal, als er die Discussion, die gerade stattfand, unterbricht, und ihm für sein schriftlich dargebrachten Glückwünsche für das Gedeihen des kurländischen Aerztetages dankt.

Das wissenschaftliche Programm ist erledigt. Der Vorsitzende verweilt mit einigen Worten bei der Entstehungsgeschichte der kurländischen Aerztegesellschaft und spricht die Hoffnung aus, dass die Leistungen der Aerztetage stets die Erwartungen übertreffen mögen, wie auch jetzt der I. Aerztetag einen in jeder Weise befriedigenden Eindruck hinterlasse.

Darauf erklärt der Vorsitzende den I. kurländischen Aerztetag für geschlossen.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Der ordentliche Professor emer. der Militär-Medicinischen Akademie, berat. Mitglied des Gelehrten Militär-Medicinischen Comitees, Ehren-Leibchirurg des Allerhöchsten Hofes, Akademiker, Geheimrat, Dr. med. G. Rein ist zum Präsidenten des Medicinalrats ernannt unter Belassung in seinen übrigen Aemtern.

— Die Zahl der Choleraerkrankungen hat in St. Petersburg in der letzten Zeit wieder zugenommen. Aus diesem Anlass fand am 22. November eine ausserordentliche Sitzung der Sanitätscommission unter Beteiligung der Rayoncuratoren für Bekämpfung der Cholera statt, in welcher der Beschluss gefasst wurde, die Bezirkscuratoren zu beauftragen, die Häuser, welche Choleraherde darstellen, durch aus Aerzten bestehende Commissionen besichtigen zu lassen. Zuerst werden diejenigen Häuser besichtigt werden, welche mehr als 10 Erkrankungen aufzuweisen hatten, und dann diejenigen Häuser, in denen 3—10 Erkrankungen vorgekommen sind. Die Besichtigungen werden nach einem besonderen von der Sanitätscommission ausgearbeiteten Programm vorgenommen werden.

— Das Stadthaupt N. A. Reszow hat während der beiden letzten Tage eine ganze Reihe von Häusern besucht, welche Massenerkrankungen aufzuweisen hatten.

— In Begleitung dreier Sanitätsärzte besuchte das Stadthaupt N. A. Reszow am 22. November den Heumarkt, den Litowski-, den Staro-Alexandrowski- und den Pantelejewski-Markt. Bei der Besichtigung fand das Stadthaupt, dass sich unmittelbar neben Aborten Verkaufsstellen für Fleisch

und andere Esswaren befinden, und dass manche Märkte überhaupt keine Aborte haben und somit ganz besonders gefährliche Ansteckungsherde darstellen. Ferner wurde constatiert, dass auf den Märkten keine Wasserleitungskräne zum Waschen der Esswaren vorhanden sind, und dass dafür dort Gefässe mit wenig reinem Wasser zu diesem Zweck aufgestellt sind. — Das Stadthaupt gedenkt, dem Stadtamt einen Bericht vorzustellen über rascheste sanitäre Instandsetzung der Märkte.

— Die bei einem Filter der städtischen Wasserleitung vorgenommene Untersuchung des Trinkwassers hat das Vorhandensein von Choleravibrionen im Trinkwasser ergeben. Das Stadthaupt hat daher verfügt, dass sofort auch andere Filter untersucht würden. Unsere Filter sind überhaupt in einem schrecklichen Zustande; sie sind zwölf Jahre lang nicht gereinigt. Nach Ansicht des Stadthaupts muss sofort mit dem Bau neuer Filter begonnen werden, die zum Frühjahr 1909 fertiggestellt sein können.

— Einer Allerhöchst bestätigten Resolution des Militärconseils zufolge sind hinfort die Lazarette der Truppenteile den betr. Oberärzten auch in wirtschaftlicher Beziehung unter Controlle des Commandeurs des Truppenteils zu unterstellen. Bisher befand sich bekanntlich nur der medicinische Teil der Regimentslazarette unter der Leitung des Regimentsoberarztes, während der wirtschaftliche Teil einem besonderen Offizier anvertraut war. Von nun ab wird der Oberarzt Chef des Medicinalwesens des betr. Truppenteils, und der wirtschaftliche Teil geht an einen Feldscher über, der in jeglicher Beziehung dem Oberarzt subordiniert ist und für die Verwaltung einen Gehaltszuschuss erhält.

— Dr. A. Wagner feierte am 18. November das 25-jährige Jubiläum seines Dienstes am Obuchowhospital in St. Petersburg.

— Der Privatdocent der Militärmedicinischen Akademie, F. Tschistowitsch, ist zum ausserordentlichen Professor für pathologische Anatomie an der Universität zu Kasan ernannt.

— Der Privatdocent W. Woskressenskij ist zum ausserordentlichen Professor für Chirurgische Operationslehre und topographische Anatomie an der Universität Charkow ernannt.

— Dr. Schirokogorow ist von der medicinischen Facultät der Universität in Jurjew zum Privatdocenten für pathologische Anatomie erwählt worden.

— Wien. Zum Nachfolger von Prof. Toldt auf dem Lehrstuhl der Anatomie ist Prof. Dr. Hochstetter ernannt.

— Heidelberg. An Stelle von Prof. Jurasz, der einem Rufe nach Lemberg gefolgt ist, ist der Director der Ohrenklinik, Prof. Kümmel zum Professor für Laryngologie ernannt worden, wodurch diese bisher getrennten Fächer vereinigt sind.

— Prag. Dr. K. Kreibich, ausserordentlicher Professor der Dermatologie und Syphilis an der deutschen Universität Prag, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der 2. Congress der Deutschen Gesellschaft für Urologie findet im Anschluss an den Chirurgencongress am 18.—22. April 1909 in Berlin statt. Folgende Themata kommen zur Verhandlung: die eitrigen, nichttuberculösen Affectionen der Nieren, Referent Frisch-Wien, Corref. Bahrt-Danzig. — Urologie und Gynäkologie, Ref. Stoeckel-Greifswald, Corref. Wertheim-Wien. — Blasentumoren, Ref. Zuckerkandl-Wien, Corref. Casper-Berlin. An den Congress wird sich eine Ausstellung von Instrumenten, Präparaten etc. anschliessen. Auskunft erteilt die Geschäftsstelle — Berlin W., Victoriastrasse 19, Sanitätsrat Dr. Wossidlo.

— In Krakau wird in der 2. Hälfte des Juli 1909 ein Congress polnischer Therapeuten stattfinden. Der Vorstand besteht aus Prof. Jaworski (Präses), Dr. Kwaśnicki (Vicepräses), Dr. Korolewicz (Secretär) und Dr. Mięsowicz (Schatzmeister).

— Auf dem Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit, der in diesem Herbst in Washington tagte, erhielt Geheimrat Dr. Unterberger-St. Petersburg — für seine illustrierte Tabelle mit 12 Thesen über Haussanatorien im Kampfe gegen die Lungentuberculose die goldene Medaille, d. h. den höchsten für Exponenten bestimmten Preis.

— Die Wittwe und die Töchter des verstorbenen Prof. Sacharjin haben 2 Millionen Rbl. zum Bau eines Hospitals in Moskau gespendet.

— Ein trauriges Bild der hilflosen Lage der Bevölkerung einiger Gegenden Nordost-Sibiriens gegenüber Krankheiten bringt die Sibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerzte-Zeitung) (Nr. 30). Der grosse Mangel an Aerzten soll zwar stellenweise seit 1906 dank den zahlreichen «administrativen Verbannungen» weniger empfindlich sein. aber die Zeitung weist darauf hin, dass sobald der Verbannungstermin dieser Aerzte abgelaufen ist, die Bevölkerung mancher grossen Gebiete ganz ohne ärztliche Hilfe bleiben wird. Aber auch diesen Zustand hält der Berichterstatter noch für erträglich. Dagegen soll in Ajan (Kreis Ochotsk) seit drei Jahren eine Dysenterie-Epidemie herrschen, die zahlreiche Menschenleben in dem ohnehin dünn bevölkerten Gebiet dahinrafft, namentlich sollen «die Kinder wie die Fliegen sterben», und es ist nicht einmal ein Feldscher zur Stelle, geschweige denn ein Arzt. Die Epidemie soll durch die nomadisierenden Tungusen eingeschleppt worden sein. Die Bevölkerung ruft um Hilfe und träumt von einem Districtfeldscher wie von einem hohen Ideal. Im Gebiete Jakutsk sollen Augenkrankheiten furchtbar verbreitet sein. Ein ständiges Hospital giebt es nicht. Hilfe wird nur durch die sogenannten fliegenden Colonnen von Oculisten geschafft, wie eine solche in diesem Jahr vom 25. Juni bis zum 26. August in dem Gebiet von Jakutsk gearbeitet und während dieser Zeit 1951 Augenkranke behandelt hat. Doch soll diese Zahl nur einen geringen Bruchteil der Gesamtzahl der Augenkranken im Gebiet bilden. Zweckentsprechende Hilfe könnte natürlich nur durch ein stationäres Augenhospital geschafft werden. Da aber auf Errichtung eines solchen einstweilen nicht die geringste Aussicht vorhanden ist, so wurde in der vereinigten Sitzung der Jakutsker Wohltätigkeitsgesellschaft, der localen Verwaltung der Gesellschaft des Roten Kreuzes und der localen Abteilung des Blindencuratoriums beschlossen, die Centralverwaltung des Blindencuratoriums zu bitten, auch im nächsten Jahr 2 augenärztliche Colonnen in das Gebiet von Jakutsk und zwar eine speciell in den Kreis von Wiljuisk zu senden. Zum Aufbringen von Geldmitteln für die Behandlung der unbemittelten Augenkranken hat sich in Jakutsk ein locales Comitee gebildet.

— In Kiew herrscht eine Flecktyphusepidemie und ausserdem kommen Massenerkrankungen an Scharlach und Diphtherie vor.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Vom Beginn der Epidemie Starben
vom 16. bis 22. Nov.					
St. Petersburg mit den Vorstädten	154	45	24. Aug.	8244	3373
vom 14. bis 20. Nov.					
Gouv. Saratow	5	2	8. Juli	1674	936
» Samara	7	7	8. »	1446	667
» Twerj	1	—	10. Aug.	107	44
» Tambow	1	1	22. »	168	82
» Kiew	4	—	12. »	815	262
» Poltawa	3	—	19. »	116	62
» Jekaterinoslaw	3	—	3. »	1138	551
Stadt Odessa	1	1	1. Sept.	18	14
Gouv. Cherson	2	—	27. Aug.	113	45
Gebiet der Don-Kosaken	10	5	22. Juli	2897	1378
Kuban-Gebiet	17	11	26. »	1791	1001
Terek-Gebiet	5	5	13. Aug.	545	286
Gouv. Jelissawetpol	1	—	30. »	472	289
Gouv. Tomsk	9	7	14. Sept.	814	427
Im Ganzen	223	84		20368	9817

— Vom 26. bis zum 27. November erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 25 Personen, genasen 13, starben 10, in Behandlung verblieben 217. Vom Beginn der Epidemie sind erkrankt 8485 Personen, genesen 4822 Personen, gestorben 3422 Personen.

— In der Woche vom 9. bis zum 15. November erkrankten in St. Petersburg an Infectionskrankheiten 593 Personen. Darunter Typhus abdom. 58, Typh. exanth. 3, Febris recurr. 115, Pocken 6, Windpocken 18, Masern 54, Scharlach 54, Diphtherie 136, acut. Magen-Darmkatarrh 24, Cholera 85, andere Infectionskrankheiten 40.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den Petersburger Stadthospitälern betrug in der Woche vom 9. bis 15. November 11916. Darunter Typhus abd. 654, Typh. exanth. 16, Febris recurrens 495, Scharlach 216, Diphtherie 139, Masern 46, Pocken 20, Windpocken 7, crupöse Pneumonie 99, Tuberculose 436, Influenza 231, Erysipel 54, Keuchhusten 13, Lepra 1, Hautkrankheiten 54, Syphilis 505, vener. Krankheiten 405, acute Erkrankungen 1776, chronische Krankheiten 1634, chirurgische Krankheiten

1343, Geisteskrankheiten 3231, gynäcologische Kranheiten 239, Krankheiten des Wochenbetts 40, andere Krankheiten 81, Cholera 161.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 681 + 60 Totgeborene + 44 in der vorigen Woche nicht registrierte Fälle. Darunter Typh. abd. 14. Febris recurrens 2, Windpocken 3, Masern 18, Scharlach 12, Diphtherie 12, Keuchhusten 7, crupöse Lungenentzündung 19, katarrhalische Pneumonie 65, Erysipel 3, Influenza 8, Pyaemie u. Septicaemie 5, Puerperalfieber 1, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose and. Organe 21, Cholera 34, Magen-Darmkatarrh 30, andere Magen- und Darmerkrankungen 24, Alcoholismus 6, angeborene Schwäche 46, Marasmus senilis 16. andere Todesursachen 245.

— Necrologe: 1) Am 30. Oct. starb in Italien an Lungentuberculose Dr. E. Chomenko, geb. 1879, Arzt seit 1903. 2) In Jalta starb am 31. Oct. an Lungentuberculose Dr. F. Merkurow. 3) In St. Petersburg starb Dr. G. Eisenbett im Alter von 69 Jahren. 4) Am 13. Nov. starb in Moskau Dr. A. Schmidt, geb. 1872, Arzt seit 1898. 5) In Paris starb am 30. November (n. St.) plötzlich Prof. A. Joffroy. Geb. 1844, wurde er 1867 Interne gleichzeitig mit Richelot, Grancher, Ch. Monod und d'Espine und 1879 avancierte er zum Médecin des hôpitaux. Im Jahre 1880 wurde er zum Professeur agrégé (Privatdocent) für gerichtliche Medicin und darauf zum Professor für Geisteskrankheiten an der Klinik «Sainte-Anne» ernannt und später zum Mitglied der Akademie der Medicin erwählt.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 9. Dec. 1908.

Tagesordnung: 1) Unterberger: Vererbung bei der Schwindsucht.
2) Fick: Ueber paranephritische Abscesse.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Dec. 1908.

Tagesordnung: Prof. Zeidler: Ueber Neurexairese bei Trigeminusneuralgie.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

A. Rauber. Ontogenese als Regeneration. G. Thieme. Leipzig. 1908.

F. L. von Neugebauer. Hermaphroditismus beim Menschen. Verl. v. Dr. W. Klinkhardt. Leipzig. 1908.

F. v. Küster. Grundzüge der allgemeinen Chirurgie. Urban u. Schwarzenberg. Wien u. Leipzig. 1908.

Abel u. Ficker. Ausführung bacteriologischer Untersuchungen. C. Kabitzsch. (Stuber). Würzburg. 1909.

W. Ostwald. Der Werdegang einer Wissenschaft, Akademische Verlagsgesellschaft. Leipzig. 1908.

Svante Arrhenius. Immunochemie. Akademische Verlagsgesellschaft. Leipzig. 1908.

A. Jurasz. Geschichte der Laryngologie an der Univ. Heidelberg. C. Kabitzsch. Würzburg. 1908.

F. Blumenfeld. Verhandlungen des Vereins deutscher Laryngologen, Derselbe Verlag. 1908.

F. Blumenfeld. Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen. Derselbe Verlag. 1908.

Bandelier u. Roepke. Lehrbuch der specifischen Diagnostik und Therapie der Tuberculose. C. Kabitsch (A. Stubers Verl.). Würzburg. 2. Aufl. 1909.

K. Ullmann. Physikalische Therapie der Hautkrankheiten. F. Enke. Stuttgart. 1908.

K. Ullmann. Physikalische Therapie der Geschlechtskrankheiten. F. Enke. Stuttgart. 1908.

L. Freund. Die electrische Funkenbehandlung. F. Enke. Stuttgart. 1908.

R. Geigel. Leitfaden der diagnostischen Acustik. F. Enke. Stuttgart. 1908.

O. Weiss. Beiträge zur Physiologie und Pathologie. F. Enke. Stuttgart. 1908.

A. Gärtner. Leitfaden der Hygiene. S. Karger. Berlin. 1908.

M. Schnierer u. H. Vierordt. Encyclopädie der pract. Medicin. Lieferungen 20 u. 21. A. Hölder. Wien u. Leipzig. 1909.



MUIRACITHIN



NORIDAL

hervorragend wirksames Mittel

gegen IMPOTENZ

sowie alle neurasthenische Leiden, Kräftigung des Erectionscentrums, Besserung nervöser Allgemeinerscheinungen, Stärkung des Herzens. Vorzügliches Nerventonicum.

Suppositorien

Mittel gegen Hämorrhoiden

Blutungen, Pruritus, Tenesmus, Mastdarmkatarrh, Schrunden und Wundsein der Analgegend, schmerzhafte Stuhlentleerung.
Best.: Calc. chlorat. Calc. jod. Bals. peruv.

Physiologisch und klinisch eingehend erprobt
Wirkung ohne irgend welche Sekundär-Erscheinungen.

Literatur:

Geh. Med.-Rat Prof. Eulenburg, Berlin; Pawloff, St. Petersburg; Wiedemann, St. Petersburg; Fürbringer, Berlin; Hirsch, St. Petersburg; Holländer, Berlin; Posner, Berlin; Rebourgeon, Paris; Goll, Zürich; Popper, Igls bei Senator; Hirsch, Kudowa; Steinsberg, Franzensbad; Waitz, Paris, Wright, London; Piliver, Odessa; Fürth, Dervent; Quastler, Wien.

Literatur:

Prof. Boas, Berlin; Kehr, Halberstadt; Pickardt, Berlin; Weiss, Berlin; Sandberg, Berlin; Zibell, München; Wright, London; Silvestri, Rom, Dawson, London.

CASTOREUM-BROMID-WEIGERT

Specificum bei Kopf und nervösen Schmerzen, Schlaflosigkeit, Herz- und Magenerkrankungen auf nervöser Grundlage, Krämpfen und nervösen Zuckungen im Kindesalter, epileptischen und hysterischen Zuständen.
Empfohlen von Prof. **Eulenburg**, Berlin.

Caseoferrin Weigert

Neues Eisenpräparat, stärkender und wirkender Prozess bei Darmfunktionen; wird gebraucht bei Blutarmut, Verdauungsstörungen, Schwäche, Anstrengung des Organismus, bei schwacher Darmfunktion und Appetitlosigkeit.

(118) 0—5. **Literatur von Präparaten allen gratis und franco.**
Kontor Chemischer Präparate St. Petersburg, Newski Pr., 28, Haus Singer.

PRODUKTE aus den NATÜRLICHEN dem Wasser entzogenen SALZEN

VICHY

VICHY ÉTAT

DIE QUELLEN GEHÖREN DER FRANZÖSISCHEN REGIERUNG

PASTILLES VICHY-ÉTAT 2 oder 3 Pastillen nach dem Essen fördern die Verdauung.
SEL VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Verdauungs-Wassers
COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT zur Selbstbereitung des Alkalisch-brausenden Wassers.

SEL *und* COMPRIMÉS *müssen in gekochtem, abgekühltem Wasser aufgelöst werden.*

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

ges. gesch. Einfuhr von der russ. Behörde gestattet.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen:

Keuchhusten, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh.

Literatur in hervorrag. Blättern Deutschlands u. Oesterreich-Ungarns.

Aerztliche Gutachten:

Prof. Dr. Ernst Fischer *(Strassburg)*:
Die Wirkung des „**Pertussin**" war eine überraschende; wenngleich ich nicht gerade sagen kann, dass der Keuchhusten sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh verwandelte, so wurden die Anfälle so milde, der Schleim so locker, dass das Erschreckende des Keuchhustens, das Blauwerden und die drohende Erstickung, vollständig wegfielen.

Dr. Model, kgl. Bezirksarzt a. D. *(Weissenburg)*:
Nach dem Gebrauch des **Pertussin** war es mir beim Erwachen plötzlich, als athmete ich die freie herrliche Luft auf einem Alpen-Gipfel. Diese Leichtathmigkeit fiel mir besonders auf, der ich infolge langjähriger Bronchialkatarrhe an merklichem Emphysem leide.

Dr. Alfred Müller *(Neuhausen)*:
Mein Urtheil geht dahin, dass das **Pertussin** ein Mittel ist, das in kürzester Zeit den mit Recht so gefürchteten Keuchhusten in einen ungefährlichen und fast unmerkbaren Bronchialkatarrh überzuführen vermag. Ich kenne zur Zeit kein anderes Mittel, welches sich des gleichen Vorzuges rühmen dürfte.

Dr. Erich R. von Matzner *(Birkfeld, Steierm.)*:
Die drei mit **Pertussin** behandelten Bronchitiden, davon zwei bei Kindern, zählten zu den schwersten Formen und jedesmal erwies sich Ihr Präparat als von ausgezeichneter Wirkung; der starke Hustenreiz nahm in wenigen Stunden bereits ab und die Secretion begann sich bald zu verringern, die Temperatur fiel ab.

Verkauf nur durch die Apotheken, sowie durch folgende Engros-Depôts:
H. Bierstümpfel, Warschau; Gesellschaft **W. K. Ferrein, Moskau**; Handelsgesellschaft **J. Mandel & Co., Wladiwostok**; Handelsgesellschaft **S. B. Segall, Wilna und Odessa**; Handelsgesellschaft **S. Lemmé & Co., Odess**; Kaukasische Pharmac. Handelsgesellsch. **Philipp Kaplan & Söhne, Taschkent**; Russ. Pharmac. Handelsges. **St. Petersburg und Charkow**; Russ. Gesellsch. f. Kolonialhdl. **Rostow a./Don und Odessa**; **B. Schaskolsky, St. Petersburg; Paul Seebode, Riga**; Südruss. Pharmac. Handelsges. **Kiew; Waldecker & Poeppel, Wladiwostok.**
Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16. (4) 0—72.



Reizloses und geschmackfreies Balsamikum zur Gonorrhoetherapie

Dosis: in Kapseln à 0,4 g 3—4 mal täglich 2 Kapseln in Tropfenform 3 mal täglich 25 Tropfen.

Originalflaschen à 15 g oder Originalschachteln zu 30 Kapseln à 0,4 g.

(Neutraler Salicylester des Santalols).

(81) 26—5. **(Literatur und Proben kostenlos bei R. Otto jr. Moskau).**

KNOLL & Co., Ludwigshafen am Rhein.

Dr. Emmerich's Sanatorium B. Baden Gegr. 1890 für Nerven, Morphium etc. Alkohol-Kranke. Mildeste Form d. Morph. Entz. ohne Zwang unter sof. Wegfall der Spritze i. 4—6 Woch. Alkohol-Entwöhn. n. erpr. Verfahr. Prosp. kostenl. 2 Ärzte. Bes. u. dir. Arzt Dr. A. Meyer.



Bei VERDAUUNGS-STÖRUNGEN sind

Abführungs-Pillen „ARA"

einzunehmen. (74) 0—10.

Schachtel 95 Kop.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung **ganz umsonst versandt.**



Puro, Med. chem. Institut Dr. H. Scholl, München.
Vertreter für Russland: S. von Mokrzecki,
(21) 52—47. St. Petersburg. Offizerskaja 6, Quartier 37.

Teneriffa-Orotava Humboldt-Kurhaus (Kanar. Inseln)

Durchschnittliche Wintertemperatur 17° C Wärme. Saison 1. October bis 1. Mai. Diät-, Trink- und Badekuren (4% Sole-Inhalation). Gleichmässigstes Klima der Welt, reguliert durch Golfstrom und Passat. Keine schroffen Temperaturwechsel. Direktion: J. C. Schweimler vom Grand Hotel Homburg v. d. H. Kgl. Hofl. Ausführliche Auskünfte sowie illustr. Prospekte durch die Kurhaus-Betriebs-Gesellschaft, Charlottenburg Knesebeckstr. 29. (Prof. Dr. Pannwitz).

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. **Pauline Winkel**, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Charlotte Holstein, Казанская ул. д. 11, кв. 20.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medizinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honoriert.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bitten wir sind ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten.—Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag u. Sonnabend 1—2. Telephon 290-18.

№ 49 St. Petersburg, den 6. (18.) December. 1908.

Frühsymptome und specifische Diagnostik der Lungentuberculose.

Von

Dr. A. Kramer — Dorpat.

Vortrag, gehalten in der Dorpater medicinischen Gesellschaft am 19. und 26. September 1908.

M. H. Eins der Hauptziele der modernen Seuchenbekämpfung ist die Verfeinerung der diagnostischen Hilfsmittel sowie eine Allgemeinzugänglichmachung derselben auch für den practischen Arzt. Mit der Verfeinerung der Diagnostik — mit der Frühdiagnose — steht und fällt auch die Bekämpfung der Tuberculose; und da uns nun im allgemeinen nicht gerade allzu viele zuverlässige Hilfsmittel für die Frühdiagnose der Tb. zur Verfügung stehn, so müssen wir unsere Aufmerksamkeit auf jede practisch verwendbare Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel richten und nach besten Kräften an derselben mitzuarbeiten suchen. Im Vordergrunde des Interesses steht in den letzten Jahren in dieser Beziehung die specifische Diagnostik, die — kurz gesagt — „auf der Avidität und reactiven Entzündung der erkrankten Gewebe gegenüber aetiologisch gleichwertigen specifischen Stoffen beruht" — und gerade im Hinblick auf die enorme Häufigkeit der Lungentuberculose ist eine möglichst frühzeitige Diagnose von denkbar grösster allgemeiner und volkswirtschaftlicher Bedeutung und zwingt uns geradezu zur Anwendung der specifischen Diagnostik. Die Berichte aus den Lungensanatorien bestätigen es uns immer wieder aufs neue, dass die Lungentuberculose umso sicherer und schneller heilbar ist, je früher sie in Behandlung genommen wird; um nun auch nicht nur die Initialstadien sondern auch vorgeschrittenere Fälle zu heilen resp. die Dauererfolge zu bessern, erscheint den meisten Anstaltsärzten eine weitere Ausbauung der hygienisch-diätetischen Behandlungsmethode durch Zuhilfenahme der specif. Diagnostik und Therapie für unbedingt geboten.

Die Resultate der völlig falschen Anwendungsweise des Tuberculins in den ersten Jahren (1890—91) hatten den meisten Practikern eine derartige Abneigung vor diesem Mittel verursacht, dass sie von einer weiteren Verwendung vollständig absahen, und die Verwendung des Tuberculins auf die geschlossenen Anstalten nur weniger Specialisten beschränkt blieb, welch' letztere in aller Stille weiterarbeiteten und im Lauf der Jahre die specif. Diagnostik und Therapie soweit durchforscht und ausgearbeitet haben, dass dieselbe jetzt ein abgeschlossenes Kapitel darstellt, und ihr Wert und ihre Ungefährlichkeit bei zweckmässiger Dosierung und Indicationsstellung wohl fast allgemein feststeht, so dass es durchaus opportun erscheint, dass die Resultate dieser Forschungen auch von den practischen Aerzten verwertet werden können, denn, wenn man überhaupt jemals der Tuberculose Herr werden will, so muss die specif. Diagnostik und Therapie Allgemeingut gerade der practischen Aerzte werden. Bis jetzt befindet sich der practische Arzt seinen Tuberculösen gegenüber meist in wenig beneidenswerter Lage: die medicamentöse Therapie ergiebt so gut wie keine Resultate, wenn man nicht von der Besserung einzelner Krankheitserscheinungen als von Erfolgen sprechen will, und wird auch voraussichtlich keine Resultate geben, trotz neuer und neuester von der Industrie angepriesenen, sogenannten Heilmittel; aus socialen-wirtschaftlichen Gründen verbietet sich ja leider oft genug die Ueberweisung der Patienten

in die geschlossenen Heilanstalten — es bleibt also factisch nichts übrig, als die Hände in den Schoss zu legen, oder zu den specifischen Mitteln zu greifen. Die Practiker müssen also wenigstens soweit kommen, die in den Heilstätten begonnenen specif. Curen nach der Entlassung, falls dieselbe zu früh hatte erfolgen müssen, ambulant zu Ende führen zu können. Fürs erste wird ja wohl noch der Heilstätte die Hauptaufgabe zufallen, nämlich die, das specif. Verfahren einzuleiten, aber wenigstens die Frühdiagnose und die Nachbehandlung sollen die Practiker auszuführen imstande sein. Sind erst einmal die Practiker für die specif. Diagnostik gewonnen, dann erst wird man wirkliche Erfolge erzielen können — nämlich die — die Verbreitung der Tuberculose einzudämmen, ihrer Herr zu werden. — Eines noch weiteren Zuwartens auf Ausbauen der Methode oder auf neue Mittel bedürfen wir nicht, wir haben jetzt die Heilmittel und die Erfahrungen, und der Kranke hat ein gutes Recht auf dieselben.

Die Kenntnis der Frühsymptome der Lungentuberculose ist ja wohl Allgemeingut aller Aerzte — ich möchte an dieser Stelle nur diejenigen nochmals unterstreichen, auf die im allgemeinen zu wenig geachtet wird. Unter den physikalischen der beginnenden Lungentuberculose ist das früheste das rauhe (nicht mit dem verschärften zu verwechselnde) oder unreine Vesiculäratmen — das abgeschwächte Vesiculäratmen und das abgeschwächte rauhe Vesiculäratmen.

Sehr bald beginnt auch die erkrankte Lungenspitze bei der Inspiration zurückzubleiben — nachzuschleppen, — was man am sichersten constatiert, wenn man von hintenoben herabsieht. Meist etwas später kommt dazu eine leichte, nicht selten von tympanitischem Beiklang begleitete Abschwächung oder Erhöhung des Percussionsschalles, welche häufig nur bei sehr leiser Percussion oder der Tastpercussion bemerkbar ist.

Erst wenn schon Schrumpfungsvorgänge bestehen, tritt das gewöhnlich als Frühsymptom geschilderte verschärfte Inspirium, das verlängerte und verschärfte Exspirium und das Einsinken der Supraclaviculargruben mit Tiefstand der oberen Lungengrenze auf. Oft bleibt die Atmung jahrelang bei zunehmender Schrumpfung nur rauh — häufig nähert sie sich mehr und mehr dem bronchialen (vesicobronchialen — resp. broncho-vesiculären) Atmen.

Das saccadierte Atmen ist meist auch ein verschärftes Atmen und kommt nach Turbaas Erfahrungen hauptsächlich in den Grenzzonen zwischen von Tuberkeln durchsetztem und intactem Lungengewebe vor, dagegen nur selten in den obersten Spitzen, von welchen die Tuberculose ihren Ausgang nimmt. Rasselgeräusche können sehr frühzeitig vorhanden sein, aber auch fehlen; es sind meist feine und feinste zähe Geräusche, selten mittlere, oft ist nur ein einmaliges Knakken während der Inspiration zu hören; sie werden leicht überhört, wenn sie nur nach Hustenstössen und auf der Höhe der Inspiration zu hören sind. Einigermassen zahlreiche mittelgrossblasige Rasselgeräusche treten in der Spitze erst bei beginnender Erweichung auf. Bemerkenswert ist das Fehlen von feuchten Rasselgeräuschen, ein nicht seltenes nur bei Hustenstössen vernehmbares auf die erkrankte Spitze beschränktes Giemen, welches an das Winseln junger Hunde erinnert.

Noch sind einige mit der beginnenden Schrumpfung zusammenhängende Symptome zu erwähnen: Das subclaviculargeräusch, das auf eine Verwachsung der Pleurablätter unter sich und mit der Gefässcheide der arteria subclavia zurückzuführen ist (namentlich verdächtig, wenn es sich einseitig findet). Ein bei rechtsseitiger Spitzenschrumpfung ziemlich regelmässiges Symptom ist eine Verschiebung der absoluten Herzgrenze nach rechts. Leichte paretische Erscheinungen von Seiten der Glottisschliesser mit gleichzeitigem chronischem Larynxcatarrh hat Schäffer als Frühsymptom beginnender Lungentuberculose beschrieben.

Roque und Destrèe beschreiben als häufig der Lungentuberculose vorausgehend eine ungleiche Erweiterung der Pupillen, die sie durch Reizung des Sympathicus durch tuberculöse Bronchialdrüsen zu erklären suchen.

Fredericq und Thomson beschreiben einen roten Saum am Zahnfleisch bei acuter, einen bläulichen bei chronischer Tuberculose. Ein Frühsymptom ist ferner häufig eine leichte Anschwellung der Schilddrüse.

Teissier beschreibt als Frühsymptom intermittierende Albuminurie.

Zu achten ist ferner auf die Atmungsbreite, die nicht unter 5 Cent. betragen soll.

Das rauhe Atmen unterscheidet sich von dem gewöhnlichen Vesiculäratmen, welches, ob weich, ob scharf, als ein ziemlichgleichmässiges, glattes Geräusch imponiert, hauptsächlich dadurch, dass es aus einer Reihe von kurzen, dicht hintereinanderfolgenden Geräuschen zusammengesetzt erscheint. Seine Erscheinung führt Sahli darauf zurück, dass dem reinen Vesiculäratmen sich Nebengeräusche infolge des Vorhandenseins von Secret in den Bronchiolen beimischen. Können diese Nebengeräusche als solche deutlich von dem eigentlichen Atemgeräusche isoliert werden, so spricht man von Rasselgeräuschen, ist dies nicht der Fall, so geben sie dem Vesiculäratmen blos einen unreinen, rauhen Charakter.

Zu beachten ist ferner das metamorphisierende Atmen, wenn das Inspirium seinen Typus ändert, d. h. erst vesiculär und dann in der zweiten Hälfte der Inspiration rauh wird oder bronchial.

Das Knistern entsteht wahrscheinlich durch Auseinanderreissen verklebter Alveolarwände, und giebt sich bekanntlich bei einfachen Atelektasen als Entfaltungsgeräusch kund. Am häufigsten hört man das Geräusch bei Rückbildung pleuritischer Exsudate in denjenigen Lungenteilen, die bei gewöhnlicher Atmung noch comprimiert sind, bei tiefer Atmung durchgängig werden. Zu den an sich schon schwach atmenden Spitzen können kleine Atelectasen in der Umgebung kleiner Krankheitsherde als tuberculösen Ursprungs gedeutet werden.

Eine Erscheinung, die auch schon früher beobachtet und neuerdings von Richter (Bordeaux) genauer untersucht worden ist, ist die Ungleichheit des Volumens der weiblichen Mammae. Die kleinere Brustdrüse befindet sich fast stets auf der Seite der stärker entwickelten Tuberculose. Während unter 200 nicht tuberculösen Frauen eine Asymetrie der Mammae nur in 2—8% beobachtet wurden, findet sie sich bei tuberculösen Frauen in 19% der Fälle.

Zuletzt möchte ich noch einer Erscheinung Erwähnung tun, über die ich in der Literatur nichts gefunden habe, die mir aufgefallen ist, über deren Constanz ich leider noch wenig Material habe, die ich aber doch nicht unerwähnt lassen möchte — auf die Temperaturcurve der tuberculösen Frau. Bekanntlich bewegt sich ja die Temperaturcurve der Frau so wie so in einer Wellenlinie—d. h. praemenstruelle Steigerung und synchron mit der Menstruation einsetzender Abfall — doch beträgt die Amplitude bei der gesunden Frau in den meisten Fällen 3—4 Zehntelgrad und nach meinen Beobachtungen bei der auf Tuberculose verdächtigen Frau häufig bis zu 8 Zehntel Grad. Mein vergleichendes Material ist leider sehr klein, d. h. Curven von gesunden Frauen sind schwer zu erhalten, es fehlt den meisten an Geduld, mehrere Monate hindurch täglich sorgfältig die T° zu messen; so gering aber auch das Material ist, so weist es doch in die Augen springende Unterschiede auf. —

Wenn wir jetzt zur specifischen Diagnostik übergehen, so ist die erste Frage — welches der vielen specifischen Mittel wir anwenden sollen. Die Antwort lautet: Alt-Tuberculin. Es ist dieses ja bekanntlich ein Glycerinextract aus den Reinculturen von Tuberkelbacillen, und stellt eine dunkelbraun gefärbte, vollkommen durchsichtige sirupöse Flüssigkeit dar, — zu beziehen durch die Farbwerke Meister Lucius und Brüning — und besitzt in unverdünntem Zustande eine unbegrenzte Haltbarkeit. Ausser dem aus Menschentuberkelbacillen dargestellten Alttuberculin giebt es noch ein auf gleiche Weise gewonnenes Glycerinextract aus Rindertuberkelbacillen — das Perlsuchttuberculin, das auch für die Diagnostik angewendet werden kann, aber nach den vergleichenden Untersuchungen weniger zweckmässig ist, weil bei der Verwendung des Alttuberculins der T° Ausschlag ein sicherer zu sein pflegt, und die Reaction um 1 oder 2 Injectionen früher auftritt als nach der Einverleibung des Perlsuchttuberculins. Aber auch abgesehen davon, dass das Perlsuchttuberculin beim tuberculösen Menschen das Phaenomen der Tuberculinüberempfindlichkeit verschleiert und zeitlich hinausschiebt, auf dem das Wesen der Tuberculindiagnostik beruht, ist das Alttuberculin von allen Forschern fast ausnahmslos verwertet worden, so dass es als das am genausten studierte diagnostische Hilfsmittel, das Diagnosticum par excellence, den Vorzug verdient. —

Zu diagnostischem Gebrauch ist das Tuberculin selbstverständlich zu verdünnen mit $^1/_2$% Carbollösung, und diese Procedur lässt sich auch zu Hause mit grosser Genauigkeit mit Hilfe von Messpipetten vornehmen. Zur Diagnostik braucht man nur 2 Lösungen: eine 1-procentige und eine einpromillige; die Verdünnungen besitzen, wenn sie lege artis, d. h. steril angefertigt wurden, eine Haltbarkeit von 2—8 Wochen. Die von Koch ursprünglich vorgeschriebene subcutane Anwendung hat man aus Bequemlichkeitsrücksichten auf den Arzt und häufig auch aus Rücksicht auf die Scheu des Publicums vor dem „Impfen" durch alle möglichen anderen Darreichungsmethoden zu ersetzen versucht. Wenn wir aber bedenken, dass das Alttuberculin mit das differenteste Mittel unseres Arzneischatzes ist — somit gerade zu diagnostischen Zwecken der genauesten Dosierung bedarf, — so ergiebt sichs wohl von selbst, dass wir bei der ursprünglichen Vorschrift — der subcutanen Anwendungsweise bleiben, statt das Mittel den ungleichartigen Resorptionsbedingungen zu überlassen, die bei der percutanen, stomachalen, rectalen, vaginalen und intrapulmonalen Application individuell ganz verschieden und unberechenbar sind.

Es bleiben demnach die subcutanen und intravenösen Injectionen. Bei letzteren erfolgt naturgemäss die Resorption, folglich auch Reaction schneller und kräftiger. Die subcutanen Injectionen sind aber schonender und technisch ungleich einfacher, verdienen daher den Vorzug vor allen andern Methoden. Zu den Injectionen benutzt man meist die Luer-schen Spritzen mit Platiniridiumkanülen; als Injectionsstelle wählt man die Gegend des Rückens unterhalb der Schulterblätter — so tief — weil bei böherer Application im Falle einer reactiven Schwellung die Armbewegungen erschwert sind, andererseits die Entscheidung schwer ist, ob der Schmerz nur äusserlich, oder innerlich in den Lungen zu localisieren ist.

Die Injectionen sind am besten Morgens früh zu machen; leichte Reactionen können nämlich schon nach 6 Stunden erfolgen — macht man also die Einspritzung erst nachmittags, so können die Reactionen nachts unbemerkt verlaufen sein — und die nächste Injectionsdosis wird leicht unnötig hoch gewählt. Da es aber zuweilen beobachtet worden ist, dass die Reaction erst nach 30 Stunden erfolgt, so lasse man wenigstens 2×24 Stunden vergehen, bevor man wieder injiciert. Selbstverständlich ist vor der Ausführung der Injectionen eine Reihe von Tagen genau die T° zu messen, am besten unter der Zunge. Uebersteigt die Temperatur 37,0 bei Achselhöhlungmessung, oder 37,3 bei Mundhöhlenmessung — so ist nach Koch die Injection zu unterlassen — die Patienten sind erst durch Bettruhe — nicht durch Antipyretica zu entfiebern, zu beachten ist ferner, dass weder kurz vor noch kurz nach der Menstruation injiciert werden darf. —

Was die Höhe der Tuberculindosis, mit der die diagnostischen Injectionen zu beginnen und zu schliessen sind, anbetrifft, so sind die Autoren noch nicht zu einer Einheitlichkeit gekommen. Die erste Vorschrift von Koch, die von Beck an einem Material von 2500 nachgeprüft und für gut befunden wurde, lautet: „mit einem Milligramm beginnen, dann auf 5 und schliesslich auf 10 Milligramm steigen. Später hat Koch diesen Vorschlag folgendermassen geändert: bei schwächlichen Personen mit $^1/_{10}$ beginnen, bei kräftigen Personen mit voraussichtlich geringen tuberculösen Veränderungen mit 1 Milligramm beginnen, dann auf 5 und 10 steigern, letztere Dosis eventuell wiederholen. Es sind nun eine lange Reihe von Propositionen erfolgt (Fränkel, Cornet, Petruschky, Hammer, Junker, Bandelier, Roepke etc.) aus denen sich ungefähr Folgendes entnehmen lässt: die Dosis von 1 Milligramm ist unnötig hoch, man beginne mit $^2/_{10}$ Milligramm (0,0002). Ueber die Art der Steigerung bestehen bei den Autoren 2 grundverschiedene Ansichten: Löwenstein und Kaufmann machen den namentlich für die ambulante Tuberculindiagnostik sehr bestechenden Vorschlag, die Anfangsdosis überhaupt nicht weiter zu steigern, sondern dieselbe kleine Dosis von $^2/_{10}$ Milligramm viermal innerhalb 10—12 Tagen zu wiederholen. Pickert proponiert folgende kleine Dosen: $^2/_{10}$ — $^1/_2$ — $^3/_4$ — $1^1/_4$ Milligramm. Es hat sich aber nach neueren Untersuchungen bis zur Evidenz erwiesen, dass weder die Löwenstein-Kaufmannsche, noch die Pickertsche Methode irgend welche Garantie für die Sicherheit bietet — da es weniger auf die Wiederholung kleinerer Dosen, sondern auch auf die Tuberculinmenge ankommt; ausserdem betonen die meisten Autoren, dass bei der Steigerung die Differenzen zwischen den einzelnen Dosen nicht allzu klein sein sollen, weil auch bei Tuberculösen eine allmähliche Gewöhnung an das Tuberculin eintreten kann und infolge dessen die zu erwartenden Reactionen ausbleiben und zu Fehldiagnosen Veranlassung geben können. Geboten ist also eine sprunghaft gesteigerte Dosis zwecks sicherer Auslösung von Reactionserscheinungen. Die Mehrzahl der Autoren verlangt ferner 4 Injectionen, bevor man mit Sicherheit Tuberculose auszuschliessen berechtigt ist. Selbstverständlich wird man wegen der Gefahr zu hoher Reactionen zu hohe Differenzen zwischen den einzelnen Dosen nicht anwenden.

Es empfiehlt sich also folgende Steigerung: $^2/_{10}$ Milligramm 1 — 5 — 10 Milligramm. Zu achten ist ferner darauf, dass die Dosen nur dann gesteigert werden dürfen, wenn die letzten keine Temperatursteigerung veranlasst haben; sollte die Temperatur auch nur um $^2/_{10}$ gestiegen sein, so wird nicht mehr gegeben, sondern die letzte Dosis nochmals wiederholt, nachdem die Temperatur wieder vollständig normal geworden war. Falls das Fieber mehrere Tage angedauert hat, so sind die weiteren Injectionen nach Weicker auf mehrere Wochen auszusetzen, und wieder von vorn anzufangen. Weswegen die Dosis nur dann gesteigert werden soll, wenn die vorhergegangene keinerlei Reaction hervorgerufen hatte, ist aus folgendem ersichtlich:

1) weil man sich dann vor den sogenannten Tuberculinschäden schützt, die, wenn sie überhaupt noch vorkommen, nur dann zustande kommen können, wenn

man sich an diese ebenso klare, wie leicht controllierbare Vorschrift nicht hält;

2) bildet die im Anschluss an die gleich hohe Dosis eingetretene zweitmalige oft stärkere Reaction nach Koch „eine für die Tuberculinwirkung ganz besonders charakteristische Erscheinung und kann als untrügliches Kennzeichen für das Vorhandensein von Tuberculose gelten";

3) ist es in zweifelhaften Fällen als negative Reaction zu betrachten, wenn eine geringfügige Temperaturerhöhung nach Wiederholung der gleichen Dosis und namentlich bei Verwendung der nächst höheren Dosis ganz verschwindet, oder wenigstens weniger deutlich hervortritt. Als Grundsatz hat also zu gelten: „Nur dann steigern wenn die vorhergegangene Injection ganz reactionslos vertragen wurde, anderenfalls die gleiche Dosis wiederholen!"

Während die meisten Autoren sich über die Anfangsdosen meist geeinigt haben, ist die Enddosis von 10 Milligramm auch jetzt noch nicht ganz allgemein acceptiert worden.

Viele halten die Dosis für überflüssig und glauben sie entbehren zu können, wenn nach den vorausgegangenen 3 Injectionen keine Reaction eingetreten war und doch scheint mir obige Dosis geboten, wenn wir beachten, dass von 500 von Bandelier klinisch festgestellten Tuberculösen 26,8% erst auf 10 Milligramme reagierten.

Aus allen Beobachtungen zusammen scheint hervorzugehen, dass frisch erkrankte vorwiegend schon auf Decimilligramme reagiren, und zwar mit starken Temperatursteigerungen, während obsolete und anscheinend inactiv latente Fälle auffallend häufig erst auf Milligramme hin verschleppte Reactionen zeigen. Selbstverständlich giebt es Fälle, wo man von der Injection von 10 Milligramme absehen kann—das sind Patienten in den Entwickelungsjahren, schwächliche Personen, Phthiseophoben, erregte Unfallsneurastheniker etc. Jedenfalls scheint aus einer ganzen Reihe von Beobachtungen hervorzugehen, dass die 4 angegebenen Dosen unter Beobachtung aller Vorsichtsmassregeln und unter Befolgung aller Vorschriften keine Schädigungen hervorzurufen imstande sind. Die namentlich von Virchow und Haasemann aufgestellte Behauptung, dass durch das Tuberculin eine Verallgemeinerung der Tuberculose durch Mobilisierung der Tuberkelbacillen hervorgerufen werden könne, ist von Petruschky ins Reich der Fabel verwiesen worden. Während seiner 13 jährigen Erfahrung, bei vielen Tausenden von Injectionen hat er nicht einen einzigen Fall von Verallgemeinerung beobachtet. Ebenso hat Weicker an einem Krankenmaterial von 700 Fällen, in denen er die Tuberculininjectionen teils probatorisch, teils therapeutisch verwendet hat, keinerlei Schädigungen constatiert. Ferner haben Hammer und Junker bei ausgedehnter ambulanter Anwendung des Tuberculins in der Heidelberger Poliklinik niemals irgend welche in Betracht kommende Störungen beobachtet, niemals bleibende Schäden oder Exacerbationen des Processes, so dass auch sie die Ausführung der diagnostischen Injectionen von Seiten der practischen Aerzte für durchaus möglich halten.

Was nun die diagnostischen Injectionen im Kindesalter anbetrifft, so sind die Dosen auf die Hälfte herabzusetzen = $^1/_{10}$ — $^5/_{10}$ — 2,5 — 5 Milligramm.

Der hohe diagnostische Wert und die absolute Unschädlichkeit der diagnostischen Injectionen kommen nach Binswangers Feststellungen gerade im Kindesalter zum Ausdruck. Unter den 261 injicierten Kindern fand Binswanger 35% positiv reagierende. Von den injicierten kleinen Patienten kamen später 42 zur Section — davon hatten 16 — positive Reaction gegezeigt, und waren sämtlich tuberculös. Von den 26 nicht reagierenden Kindern wurden 25 als tuberculosefrei gefunden, ein einziges als tuberculös. Letzteres spricht aber auch nicht gegen die Sicherheit der Tuberculindiagnostik, weil die Injectionen schon in der 5-ten Lebenswoche vorgenommen wurden, also zu einer Zeit, wo wohl die Infection, aber noch nicht die tuberculöse Erkrankung erfolgt war. Das Tuberculin ist also ein Reagens für die tuberculöse Erkrankung, nicht aber für die tub. Infection ohne gleichzeitige anatomische Veränderung. Die sogenannte Resistenz des gesunden Neugeborenen gegen das Tuberculin ist nichts andres als „der Ausdruck des Tuberculosefreiseins Neugeborener im anatomischen Sinn.

Während die meisten der von Binswanger injicierten Kinder dem ersten Lebensjahre angehörten, ist nach keiner der 1000 Einzelinjectionen irgend eine Schädigung beobachtet worden.

Neuerdings ist von Pirquet zur Tuberculindiagnostik bei kleinen Kindern die Hautimpfung angegeben worden, die darin besteht, dass man an 3 neben einander liegenden Stellen am Arm die Haut scarificiert, und in die beiden peripheren Stellen einen Tropfen 25% Tuberculinlösung aufträgt. Einige Autoren, wie Krannhals, verdünnen auf 33%. Die 25% Lösung ist folgendermassen zusammengesetzt: Alttuberculin 1,0, 5% Carbolglycerin 1,0 und physiologische Kochsalzlösung 2,0. Einige Autoren verwenden auch reines Tuberculin. Die bei vorhandener Tuberculose oft schon am Tage der Impfung auftretende locale Reaction besteht in der Bildung einer Papel an der Inoculationsstelle. Die Cutireaction ist nicht von Fieber begleitet; darin läge nun ein Vorzug gegenüber der mit Fieber verbundenen Reaction bei Tuberculininfectionen. Allein nach den bisherigen Nachprüfungen, von denen ich hier nur die von Baginsky, Wolf, Arloing, Dufoen und Sicard nennen möchte, hat das Pirquetsche Verfahren nicht genügend sichere Ergebnisse geliefert. „Pirquet selbst giebt zu, dass von den geimpften tuberculösen Kindern 12% nicht reagierten, während andererseits von nicht tuberculösen Kindern 16% die typische Hautreaktion aufwiesen. Nicht tuberculöse Erwachsene und grössere Kinder reagierten noch mehr, sodass die Probe also eigentlich nur für Säuglinge und Kinder in den ersten beiden Lebensjahren in Betracht kommt. Es scheint also, dass die Cutireactionen, die bei tuberculösen und nicht tuberculösen auslösbar ist, eine unconstante Erscheinung von zweifelhaftem diagnostischem Wert ist."

Erwähnt sei ferner noch die von Wolff-Eisner und Calmette zu diagnostischer Verwertung empfohlene Ophthalmoreaction, resp. Conjunctivalreaction (nach Wolff-Eisner) die darin besteht, dass man einen Tropfen einer 1% Alttuberculinlösung (resp. Tuberculintest) in den Conjunctivalsack eines Auges einträufelt, worauf die Schleimhaut bei Tuberculösen mit Hyperaemie und entzündlicher Reizung, fibrinös eitriger Absonderung und Oedem reagiert, während die Augen gesunder keine Reaction aufzuweisen pflegen. Gerade die Ophthalmoreaction hat eine sehr grosse Verbreitung gefunden, es hat sich auch hier ein heftiger Kampf pro und contra erhoben. Ein Teil der Autoren hält die Reaction für absolut ungefährlich und sicher, wie z. B. Blümel, Junker, Clarus, die an einem grossen Material an dem Weikerschen Sanatorium die Ophthalmoreaction geprüft haben; ausserdem haben genannte Autoren die Fälle unter Zuhilfenahme der subcutanen Injectionen controlliert, und es ergab sich eine weitgehende Uebereinstimmung. Bis auf einen Fall ergaben beide Reactionen einen gleichmässigen positiven, resp. negativen Ausfall der Reaction.

Ein grosser Teil der Autoren ist aber gegenteiliger Ansicht darunter spec. mehrere bekannte Augenärzte —

Brag, Adams, Wiens, Günther, sodass sich jedenfalls zur Zeit kein abschliessendes Urteil fällen lässt. Die erste an den Augen nach der Einträufelung auftretende Erscheinung ist eine Pupillenerweiterung, die schon nach $1^1/_2$ Stunden deutlich wird; dieselbe kann so stark werden, das die Pupille maximal erweitert wird und auf Lichteinfall nicht mehr reagiert. Diese Mydriasis kann auch bei Ausbleiben jeder sonstigen Reaction auftreten, scheint aber häufiger bei positiver Reaction zu sein. Die conjunctivale Reaction tritt meist nach 15—24 Stunden auf; nach der Stärke der Reaction kann man nach Lelulle 3 verschiedene Grade unterscheiden: der leichteste, bei dem nur die Carunkel geschwollen und gerötet, der zweite mit starker Schwellung der Carunkel und Thränenfluss und der dritte mit starker Rötung und eitriger Secretion, bei der sich die Erscheinungen bis zu Lidoedem, Ecchymosen, starker Lichtscheu steigern können.

Bei der Anstellung und Beurteilung der Probe bei Erwachsenen haben sich noch folgende Momente als beachtenswert erwiesen. Da, wo locale Veränderungen am Auge bestehen, kann die Probe nicht verwertet werden; durch eine einmalige Einträufelung ins Auge wird in demselben eine Ueberempfindlichkeit geschaffen, sodass bei der wiederholten Einträufelung schliesslich jeder auch ganz Gesunde einen positiven Ausfall der Reaction zeigt.

Die locale Veränderung der Schleimhaut nach der Einträufelung kommt deutlich zum Ausdruck, wenn nachträglich eine subcutane Tuberculininjection gemacht wird: abgeklungene Erscheinungen treten wieder auf, oft viel heftiger, also zuerst, und auch da, wo die Einträufelung zunächst keine positive Reaction zeigte, macht unter der Wirkung der Tuberculininjection eine solche sich bemerkbar. Dasselbe gilt auch umgekehrt, d. h. wenn erst Tuberculininjection und dann die Einträufelung gemacht wurde.

Blum und Schlippe haben die Probe an einer grossen Zahl von Patienten angewandt, und folgende Resultate beobachtet:

		pos.	neg.
Der Tuberculose nicht verdächtige oder zweifelhafte Fälle	219	31	188
Sehr verdächtige	5	3	2
Sicher tuberculöse	26	21	5

Dabei haben Blum und Schlippe wie auch andere Autoren die Erfahrung gemacht, dass die Reaction bei schwerer rasch fortschreitender Tuberculose fehlen kann. Aus den Beobachtungen geht ferner hervor, dass zwischen Schwere der Erkrankung und Heftigkeit der Reaction kein Parallelismus besteht, die schweren Fälle reagieren häufig schwächer, so dass nach Cohn sich hieraus noch Anhaltspuncte in prognostischer Hinsicht ergeben könnten. Aus den Versuchen von Lusenberger, Kraus und Russ geht hervor, dass man die Reaction bei Fiebernden nicht machen soll, da auch Typhuskranke meist sehr deutlich auf die Einträufelung reagierten. Was das Zustandekommen der Reaction anbetrifft, so will ich hier kurz auch die recht plausible Erklärung Wassermanns und Citrons geben: Sie gehen von der Tatsache aus, „dass eine Gewebszelle, welche unter dem Einfluss der Infectionsstoffe Antikörper gebildet hat, bei wiederholtem Einwirken dieses Infectionsstoffes schon auf weit geringere Mengen desselben leicht und intensiver Antikörper bildet als eine Zelle, die vorher nicht mit dem betreffenden Stoff in Berührung gekommen war. Es äussert sich dies practisch in einer zeitweiligen Ueberempfindlichkeit der betreffenden Gewebszelle für das jeweilige Antigen. So lässt sich also die Ophthalmoreaction durch eine locale Antikörperbildung erklären. Was den Wert der Reaction anbetrifft, so kommen Kaufmann und Schröder zu dem Schluss, dass die Ophthalmoreaction bei latenter Tuberculose und bei kleinen in den Lungenspitzen und Drüsen abgekapselten Herden weniger oft positiv ausfällt, als bei den probatorischen subcutanen Tuberculininjectionen; trotzdem empfehlen genannte Autoren die Methode als wertvolles diagnostisches Hilfsmittel.

Die Zahl der bei Tuberculösen negativ ausfallenden Reactionen dürfte reduciert werden, wenn man nach Wiebschy sich nicht nur mit der makroskopischen Diagnose begnügt, sondern auch die mikroskopische Untersuchung des Conjunctivalsecrets vornimmt. Er fand nämlich in Fällen, die makroskopisch nicht reagiert hatten, bei der mikroskopischen Untersuchung das Auftreten von auch für andere Entzündungen typischen Zellformen — anfangs vorwiegend Palynucleose, später einen steigenden Procentsatz von Lymphocyten (Lymphocyten 2,8%, polynucleäre Zellen 96,6, grosse mononucleäre Zellen 0,6%). Die Ophthalmocytodiagnose dürfte somit als ein Mittel angesehen werden zur Erhöhung des Wertes der bisher üblichen Conjunctivalreaction.

Ausser der Pirquetschen und Wolff-Eisner-Calmetteschen Methode sind der Vollständigkeit halber andere äussere Reactionen zu erwähnen: 1) die von Moro, der eine 5% Tuberculinsalbe auf die Haut einreiben lässt, worauf bei Tuberculose miliare, lichenartige Efflorescencen aufschiessen, die in etwa 2 Wochen wieder verschwinden. Bei Controlluntersuchungen ergab sich eine weite Uebereinstimmung mit der von Pirquetschen Reaction in 68 Fällen. 2) Die rectale Application (0,01) nach Calmette und Breton. 3) Die nasale Application nach Lafitte, Dupour und Molinier; letztere sahen deutliche Reaction nach Application eines Tropfens 1% Alttuberculinlösung pur oder mit Watte. Schwab (Nürnberg) hat versucht, bei gynäcologischer Tuberculose — analog der cutanen Reaction — eine Reaction nach Application von Tuberculin in die Vagina zu erhalten. Die Versuche scheiterten an der ungenügenden Resorptionsfähigkeit der Scheide; mit Glycerinlösungen von Alt-Tuberculin war gar kein Resultat, bei wässrigen Lösungen kein verwertbares Resultat zu erzielen — was ja schliesslich nicht überrascht, da ja namentlich neue Untersuchungen es bestätigen, dass Medicamente, die in den Organismus resorbiert werden sollen, die Scheidenschleimhaut nur sehr schwer passieren. Wenn diese Stoffe noch schwer löslich sind (z. B. Schwefelpräparate) und überdies in Vehikeln, die die Resorption behindern (Fette, Globuli vaginales — nach den Tuberculinversuchen auch Glycerin) so darf man nach Schwab dieser Medication so verbreitet sie auch ist, keinen grossen Wert beilegen.

Wenn wir jetzt näher auf das Wesen der Tuberculinreaction eingehen — so lässt sich darüber folgendes sagen: „Die Tuberculinreaction ist eine specifische Reaction der Tuberculösen fieberhaft allgemeiner und gleichzeitig specifisch localer Natur — letzteres insofern, als der in Frage gezogene Herd sich in seinen Daseinsäusserungen ändert, nicht selten marcanter hervortritt. Diese letztere Erscheinung nennen wir die locale oder Herdreaction, die bei ihrem physikalischen Nachweis einen so hohen Wert hat, dass sie dem bacteriologischen Nachweis von Tuberkelbacillen an die Seite gestellt werden kann. Die fieberhafte Allgemeinreaction deutet hingegen nur auf die Anwesenheit eines tuberculösen Processes im Körper, ohne über deren Sitz Aufschluss zu geben. Das Wesen und der Mechanismus der Tuberculinreaction sind in ihren feineren Beziehungen noch nicht in allgemein anerkannter Weise aufgeklärt. Koch selbst nahm zuerst als anatomische Grundlage der Tuberculinwirkung die Steigerung der Necrose um den Tuberkel herum an und erklärte aus histologischen Ver-

änderungen (Hyperämie, Exsudation, Einschmelzung) das Eintreten der Reaction. Ehrlich localisierte die Reaction in der mittleren der 3 Zellschichten, die gleichsam wie die Schalen einer Zwiebel um den tuberculösen Herd herumliegen; in dieser von den Giften der Tuberkelbacillen gleichsam nur lädierten, aber noch reactionsfähigen Zone finde die Production von Antikörpern statt, die für das Zustandekommen der specifischen Reaction ausschlaggebend seien. Ehrlichs Ansichten wurden durch die Arbeiten von Wassermann und Bruck experimentell bestätigt. Erst diese Autoren machen uns die Wirkung des Tuberculins auf den tuberculösen Process und die Specifität der Tuberculinreaction verständlich.

Es gelang Wassermann und Bruck mit Hilfe des Phänomens der Complementbindung das Vorhandensein von gelösten Stoffwechselproducten der Tuberkelbacillen und als Reactionsproduct ihre Antikörper Antituberculin — in den durch Zerreibung hergestellten Extracten tuberculöser Organe nachzuweisen. Diese Antikörper ziehen die ganze eingespritzte Tuberculinmenge vermöge der gegenseitigen Avidität zu ihrem Antigen aus dem Blut heraus und concentrieren sie im tuberculösen Herd. Bei der Verbindung von Tuberculin und Antituberculin im tuberculösen Herd kommt es zur Anreicherung derjenigen Elemente (Leucocyten, Fermente), die Eiweiss verdauende Fähigkeiten haben und vermöge dieser eine Einschmelzung des tuberculösen Gewebes herbeiführen." Das wäre also das Wesen der Localreaction, die meist mit Fieber infolge von Resorption eingeschmolzenen tuberculösen Gewebes verbunden ist. Bei mit Tuberculin vorbehandelten Tuberculösen gelang es Wassermann und Bruck auch im Serum Antituberculin nachzuweisen — und wie neuere Arbeiten von Wassermann, Citron, Lüdke beweisen, findet sich auch in seltenen Fällen ohne vorhergegangene Tuberculinbehandlung Antituberculin im Serum und den Exsudaten der Tuberculösen. Dieser Nachweis erklärt das gelegentliche Ausbleiben von Reactionen — das Tuberculin gelangt in solchen Fällen garnicht bis an den tuberculösen Herd, sondern wird schon im Serum gebunden. — Etwas ganz anderes als die Local- ist die Allgemeinreaction — die einfach eine Toxinüberlastung des Organismus ist, wie sie nach Einverleibung der meisten Bacterienproducte zustande kommt, und sich in Fieber und allgemeinem Unbehagen äussert. „Es setzt sich also das nach der Tuberculininjection auftretende Fieber aus 2 Factoren zusammen 1) aus der specifischen Wirkung des Tuberculins auf das tuberculöse Gewebe 2) aus einer nicht specifischen, allen Bacteriengiften gemeinsamen Ursache.

Was nun die Reaction anbetrifft, so lässt sich ferner folgendes darüber sagen: bei frisch Erkrankten ist genügend reactionsfähiges Gewebe vorhanden, und es wird demzufolge relativ viel Antituberculin gebildet — die Consequenz ist eine hohe Reaction — häufig auch eine deutlich nachweisbare Herdreaction. In vorgeschrittenen Fällen mit wenig reactionsfähigem Gewebe kommt es aber auch logischerweise zu minimaler resp. ganz ausbleibender Antituberculinproduction — die Folge ist natürlich die, dass auch die Reaction ausbleibt. Aus dem Gesagten ergibt sich also von selbst, wie man zu verfahren hat. 1) Bei frischen Fällen verwende man nur ganz minime Dosen von Tuberculin, um unnütz hohe Reaction zu vermeiden, bei vorgeschrittenen greife man überhaupt nicht zur Tuberculindiagnostik. 2) War die injicierte Tuberculinmenge so klein, dass eine toxische Wirkung nicht erfolgen konnte — und es trat trotzdem Fieber ein — so hat man die Berechtigung, Tuberculose anzunehmen. Werden aber sehr hohe Dosen angewendet, so kann auch der Gesunde infolge von Toxinüberlastung Fieber bekommen, man bleibe also bei solchen Dosen stehen, die eine Toxinüberlastung ausschliessen. — Nach Koch ist bei 10 Milligr. Tuberculin die spec. Tuberculinwirkung mit Sicherheit zu erwarten, die toxische Giftwirkung ebenso sicher auszuschliessen; letztere liegt erst bei 25 Milligramm.

Als positiv nimmt man die Reaction an, wenn die vor den Injectionen festgestellte Höchsttemperatur um Mindestens 0,5 gesteigert ist. Sowohl der Beginn wie die Höhe und Dauer der Reaction unterliegen grossen Schwankungen — am häufigsten lässt sich ein schneller Anstieg, langsames Abfallen und völliges Abklingen nach 24 Stunden beobachten. Meist beginnt der Temperaturanstieg schon nach 6—8 Stunden, erreicht seine Höhe nach 12 Stunden, kann bis 30 Stunden andauern, meist aber weniger; je höher die Dosis um so früher, je niedriger, um so später beginnt der Temperaturanstieg. Man beachte ferner auch die Möglichkeit von Pseudoreactionen, die als Folge gelegentlicher sonstiger fieberhaften Erkrankungen (Schnupfen etc.) zustande kommen und irre führen. Ebenso sei man in der Deutung von Reactionen bei Neurasthenikern, Hysterischen vorsichtig, die leicht psychogenen Temperatursteigerungen unterliegen — solche Fälle controlliere man am besten durch Einschalten von Injectiones vacuae.

Als Begleiterscheinungen der fieberhaften Reaction lassen sich stets auch deutlich Störungen des Allgemeinbefindens constatieren: mehr oder weniger deutlich ausgesprochener Schüttelfrost, dann Hitzegefühl, Schwindel, Uebelkeit, Kopf- und Gliederschmerzen, Schmerzen in dem tuberculösen Organ, Herzklopfen, Appetitlosigkeit, Mattigkeit — kurz ein recht intensives Krankheitsgefühl. Sowie aber die Temperatur wieder zu sinken beginnt, verschwinden auch die Krankheitserscheinungen meist überraschend schnell. Was nun die am häufigsten beobachteten objectiven Erscheinungen anbetrifft, so sind es folgende: leichte Schwellung und Empfindlichkeit der Injectionsstelle, Beschleunigung der Atmung und Herztätigkeit, Reizhusten und häufig vermehrter Auswurf, gelegentlich auch Schwellung der nächstliegenden Lymphdrüsen. Das Specifische der Tuberculinreaction liegt also in der Herd- oder Localreaction. „Anatomisch ist sie auf den tuberculösen Herd beschränkt, histologisch gleicht sie dem Vorgang einer acut verlaufenden Entzündung und aetiologisch beruht sie auf der Vereinigung des injicierten Tuberculins mit dem im tuberculösen Organ producierten Antituberculin."

Einer besonderen Behandlung bedarf die Tuberculinreaction in der Regel nicht. In den meisten Fällen wird man mit symptomatischer Behandlung, wie Eisblase, Ruhe, Diät auskommen. Nach Bandelier und Röpke weisen die Patienten nach Ablauf der Reaction häufig sogar ein gegen früher gesteigertes Gesundheitsgefühl auf, was sich darauf zurückführen lässt, dass viele der vom Krankheitsherd ausgehenden Beschwerden erheblich reduciert sind. Das lässt sich namentlich im Anschluss an stürmische Reactionen beobachten. Wenn man auch noch beachtet, dass auch nach den stärksten Reactionen keinerlei bleibende Schädigungen beobachtet worden sind und die Resultate der ersten Tuberculinära mit den neusten vergleicht, so wird man wohl zugeben müssen, dass die „viel bewunderte und viel gescholtene" Tuberculinreaction wohl eine scharfe aber ungefährliche Waffe in der Hand des Arztes ist, der unter Befolgung aller Vorsichtsmassregeln und unter Beachtung aller Indicationen und Contraindicationen Tuberculindiagnostik treibt.

Ich möchte an dieser Stelle auch auf einen Vorwurf zu sprechen kommen, welcher der Tuberculindiagnostik gelegentlich gemacht wird — nämlich auf den, dass auch völlig Gesunde reagieren und somit den Reactionswert illusorisch machen. Es ist nun dabei folgendes zu be-

achten: während ein Tuberculöser schon auf $^1/_{10}$—1 Milligramm reagiert, reagiert der Gesunde erst auf 20—100 Milligramm. Zweitens wird man in Betracht ziehen müssen, dass fast jeder Erwachsene einen — wenn auch klinisch verheilten tub. Herd in sich hat. Auf diese letztere Tatsache aufmerksam gemacht zu haben, ist ein nicht hoch genug zu schätzendes Verdienst von Nägeli, dessen Sectionsbefunde übrigens von Burkhard bestätigt wurden. Es wäre aber falsch, anzunehmen, dass der im strengen Wortsinne normale Organismus des Menschen, d. h. der in seinen Zellen und Geweben von Tuberculose noch völlig unberührt, noch „jungfräulich" ist, das Tuberculin als Gift empfindet. Das Koch sche Alttuberculin entfaltet nach Hamburger auf den tuberculosefreien Organismus gar keine nachweisbare Giftwirkung. Schon seit längerer Zeit weiss man, dass der Mensch im ersten Lebensjahre gegen Tuberculin unempfindlich ist — nach Epstein, Schreiber, Berend. Epstein injicierte 1—2 mg., Schreiber bis 50 mg. Berend 10 mg., ohne die geringsten Störungen zu beobachten.

Dass für den gesunden menschlichen Säugling grosse Tuberculindosen ungiftig, aber für den Erwachsenen giftig sind, hat nun seinen Grund nicht vielleicht in einer besonderen Eigentümlichkeit der Zellen und Gewebe des Säuglings, sondern darin, dass der gesunde Neugeborene so gut wie immer, der gesunde Säugling meistens, der gesunde Erwachsene fast nie tuberculosefrei ist. Diese Erklärung hat schon Schick angedeutet. Daher werden auch die allermeisten Erwachsenen auf grössere Dosen von Tuberculin reagieren; findet man aber wirklich tuberculosefreie Individuen, so sind sie auch gegen grosse Tuberculindosen unempfindlich — grade so unempfindlich, wie tuberculosefreie Säuglinge.

Den Beweis für diese Behauptung erbringt Hamburger an der Hand von 43 von ihm beobachteten Fällen, die Kinder bis zum 14-ten Lebensjahre betrafen, denen er 10—50—100 in einem Fall 500 Milligr. injiciert hat, ohne dass jemals die geringsten Allgemeinerscheinungen oder Temperatursteigerungen beobachtet worden wären. Selbstverständlich wurden so grosse Dosen nur bei Individuen angewandt, die weder auf die Cutanreaction, noch die Stichreaction reagiert hatten. Es erscheint somit wahrscheinlich, dass die von Koch angenommene Giftigkeit nur dann zu Recht besteht, wenn man hinzufügt: weil fast jeder gesunde Erwachsene einen alten tuberculösen Herd in sich hat. Wir können mit allergrösster Wahrscheinlichkeit annehmen, dass ein sicher tuberculosefreier Erwachsener gegen grosse Tuberculindosen ebenso unempfindlich ist, wie das für tuberculosefreie Säuglinge schon lange bekannt ist, und wie dies auch für ältere tuberculosefreie Kinder von Hamburger gezeigt wurde. Eine locale Reaction (leichte Schwellung, Rötung) findet sich häufig, doch scheint dieselbe nach Hamburgers Untersuchungen, mit deren Details ich hier Sie nicht aufhalten möchte, auf eine Reizwirkung anderer im Tuberculin enthaltener Stoffe (Glycerin, Extractivstoffe der Bouillon, Salze etc.) zurückzuführen zu sein. Nach Hamburger ruft das Alttuberculin dementsprechend auch bei der Pirquetschen Hautreaction keine sichtbare Hautreaction hervor, wenn es sich um einen tuberculosefreien Menschen handelt. Dagegen bedingt das Diphtherietoxin nach Schick bei der Cutanapplication eine Reaction. Nach Entz ist das Diphtherietoxin primär giftig, das Tuberculin primär ungiftig. Entz hat noch einige andere Bacterienderivate (Typhus, Pyocyaneus, Cholera, Rauschbrand, Paratyphustoxin) bezüglich ihrer Wirkung auf die menschliche Haut bei Cutanapplication untersucht und gefunden, dass diese Substanzen sehr häufig eine Reaction hervorrufen, also primär giftig sind.

Die primäre Ungiftigkeit des Alttuberculins beruht vielleicht auf der Zerstörung thermolabiler Gifte durch Eindampfen auf dem Wasserbad; dafür spräche die primäre Giftigkeit anderer seither von Koch hergestellter Tuberculine, bei deren Gewinnung keine hohen Temperaturen angewendet werden. Die Ungerechtigkeit des Vorwurfs, dass auf Alttuberculin auch Gesunde reagieren, erscheint mir aber durch die Ausführungen eben genannter Autoren erwiesen. — Kommen wir jetzt zu den

Contraindicationen

das gegen die Tuberculindiagnostik. Non nocere — ist das erste Gebot! Eine genaue Aufstellung der Contraindicationen ist nicht gut möglich, wenn man bedenkt, dass der Character der Tuberculose als einer chronischen Infections- und Constitutionskrankheit und die ungemeine Mannigfaltigkeit der tuberculösen Vorgänge je nach ihrem Sitz in den einzelnen Organen die Zahl der Grenzfälle sehr vermehren, in denen es fraglich erscheint, ob eine diagnostische Injection vorzunehmen ist, oder nicht.

Den Wenigen, die noch immer gegen jede Tuberculin-Diagnostik sind, weil ihrer Ansicht nach unter Umständen doch noch immer Tuberculinschäden vorkommen können, sei folgendes gesagt: nach den 100,000-fach gemachten absolut einwandfreien Beobachtungen des letzten Jahrzehnts sind die Schlagworte von der Generalisierung des Tuberkelgiftes, der Mobilisierung einer feindlichen Armee grund- und gegenstandslos geworden. Die Anschauung von mobil gemachten Tuberkelbacillen entspringt einem „törichtem Vorurteil". Tuberculintodesfälle gehören bei sachgemässer Anwendung des Tuberculins in's Reich der Fabel, Tuberculinschäden sind leicht und sicher zu vermeiden bei Beobachtung folgender Contraindicationen:

1) Sollen diagnostische Injectionen vermieden werden bei Erhöhung der Temperatur über 37 in der Axilla und 37,3 bei Mundhöhlenmessung, weil bei erhöhter, schwankender Temperatur die Bewertung der Reaction eine sehr unsichere sein muss. Eine Ueberschreitung dieser Vorschrift ist nur bei Nervösen, Hysterischen, Phthiseophoben erlaubt, aber auch da soll die Temperatur 37,5 nicht überschreiten.

2) Ist die diagnostische Injection zu vermeiden bei Kranken mit positiver Anamnese und Bacillenbefund, und zwar deswegen, weil aus Mangel an reactionsfähigem Gewebe bei vorgeschrittenere Erkrankung oder bei Vorhandensein im Serum kreisenden Antituberculins ein Versagen der Reaction möglich ist. Da es ja feststeht, dass vorgeschrittenere Fälle erst auf höhere Dosen reagieren, so wären also diese erhöhten Dosen für den Patienten nicht ganz indifferent und überdies unnütz. Man soll eben vorgeschrittene Fälle nicht spritzen, wenn sie als solche festgestellt sind — es sollen stets die sorgfältigste klinische Untersuchung, wiederholte Sputumuntersuchungen vorgenommen werden, bevor man an die Injection geht; denn die Tuberculindiagnostik soll keinen Ersatz für die bekannten und bewährten Untersuchungsmetoden sein, sondern nur ein diagnostisches Moment mehr. —

3) Soll nicht gespritzt werden, wenn kurz vorher Hämoptoe bestanden hat; es ist nicht unmöglich, dass bei der schnellen Steigerung der Dosen Lungenblutungen vorkommen können, da bei starker Localreaction Zerfall und Einschmelzung des tuberculosen Gewebes vorkommt. Eventuell kommt noch als Folgeerscheinung der Reaction ein stärkerer Reizhusten zustande, und die Summation all dieser Momente ergibt eine gesteigerte Möglichkeit für stärkere Blutaustritte, die aus guten Gründen zu vermeiden sind. Es wird sich ja wohl kaum jemals die Frage entscheiden lassen, ob die Blutung „post hoc oder propter hoc" entstanden ist — Vorsicht ist aber in jedem Fall geboten; man verordne

also zunächts absolute Ruhe. Hat die Expectoration von Blut vollständig längere Zeit sistiert, so kann man mit Vorsicht an die Injectionen gehen, wenn, was ja bei Hämoptyse selten der Fall sein wird, die Diagnose nicht sicher gestellt werden kann.

4) Bilden **Herzkrankheiten** eine Contraindication; beim Bedenken der Möglichkeit des Auftretens von Präcordialangst, Angina pectoris, Dicrotie, Irregularität des Pulses nach einer Tuberculininjection, spritze man also nur bei gesundem, wenigstens genügend leistungsfähigem Herzen.

Auf leichte Herzstörungen nervös functioneller Natur, wie sie ja grade bei beginnender Phthise häufig genug gefunden werden, braucht man nicht zu achten, wohl aber soll bei schweren Herzkrankheiten, Klappenfehlern, Myocarditis, Fettherz jede diagnostische Injection durchaus unterlassen werden.

5) **Nierenkrankheiten**. Da auch bei sonst Gesunden auf der Höhe der Reaction eine vorübergehende Eiweissausscheidung gelegentlich vorkommen kann — weniger als Folge einer entstandenen Nephritis als vielmehr aus vom Fieber als solchem abhängigen Gründen, so ist jedenfalls bei bestehender Nephritis die Möglichkeit einer Verschlimmerung gegeben: man untersuche also **jedesmal** vor einer Injection den Urin!

6) **Epilepsie**. Da die Möglichkeit einer Erregung des locus minoris resistentiae beim Epileptiker nicht ausgeschlossen ist, so müssen die Injectionen wegbleiben, auch wenn seit dem letzten Anfall Jahre vergangen sind; **Moeller** und **Kayserling** fassen auch die **Hysterie** als Contraindication auf; da aber grade bei Hysterischen eine Frühdiagnose besonders schwierig ist, wird man in vielen Fällen zur Spritze greifen müssen, zumal die eventuelle Auslösung eines hysterischen Anfalls ja keinerlei üble, dauernde Folgen nach sich zieht, im Gegenteil oft geradezu erwünscht sein kann, um auch die Diagnose Hysterie fester zu fundieren. Nur sei man gerade bei Hysterischen in der Deutung des Fiebers besonders vorsichtig.

7) Ist Miliartuberculose eine stricte Contraindication, ebenso **Darmtuberculose**, wegen der Möglichkeit des durch den Zerfall des Gewebes bedingten Tiefergreifens der ulcera in der Schleimhaut. Ferner bilden **schwerer Diabetes**, **apoplectischer Habitus** und starke **Arteriosclerose** eine Contraindication.

Was man die **Indicationen** anbetrifft, so [illegible] folgende: 1) klinisch zweifelhafte Fälle zur Sicherung der Frühdiagnose, 2) differentialdiagnostische Schwierigkeiten zwecks Wahl des Heilplans.

Die häufigste in Frage kommende Localisation der Tuberculose ist die

a) **Lungentuberculose**.

Ist diese vollkommen ausgesprochen, so is sie ja wohl mit Hilfe der physikalischen Untersuchung zweifellos als solche festzustellen, und die Diagnose zudem noch durch Constatierung von Tuberkelbacillen zu erhärten; wenn aber der Lungenbefund zweifelhaft ist, die Anamnese unsicher, so wird die Entscheidung der Frage: handelt es sich um Tuberculose oder nicht? doch recht schwierig. Meist ist auch die mikroskopische Untersuchung resultatlos — solche Fälle gehören nicht gerade zu den Seltenheiten, und mit Abwarten ist ihnen auch nicht geholfen — in solchen Fällen entscheide man sich unter Beobachtung aller Cautelen zur Injection. Wenn man in solchen Fällen eine Ueberempfindlichkeit gegen Tuberculin, eventuell auch noch eine locale Reaction constatiert hat, so wird die anfängliche Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu einer sichern.

Es glauben ja allerdings noch immer manche Aerzte, dass sie mit der klinischen und bacteriologischen Untersuchungsmethode allein auskommen können, und Tuberculingegner wird es ja wohl auch immer geben — es wird ihnen aber immer wieder passieren, dass sie die Diagnose erst so spät mit Sicherheit stellen werden, dass der Termin zu schneller und sicherer Heilung versäumt ist. Den einwandsfreien Beweis für diese Behauptung bildet das Material der Heilstätten: c. 50% aller den Heilstätten überwiesenen gehören dem II. resp. III. Stadium an. Der geübte Untersucher wird geringe physikalische Veränderungen, wie Tiefstand einer Spitze, leichte Schallveränderung, geringe einseitige Abflachung der oberen Thoraxhälfte, undeutliches Nachschleppen ja meist richtig bewerten, aber häufig genug werden so geringfügige Veränderungen auch für ihn nicht ausreichen, um mit Sicherheit die Diagnose auf frische Tuberculose zu stellen.

Der Einwand, dass die Tuberculindiagnostik keine genügende Sicherheit über den Sitz des tuberculösen Herdes ergiebt, ist zum Teil berechtigt. Es ist aber darauf folgendes zu sagen: 1) weisen in den weitaus meisten Fällen schon die Klagen der Reagierenden auf die Lungen hin; 2) tritt in vielen Fällen — 35% — eine deutlich nachweisbare Localreaction auf — physikalische Symptome, wie das Auftreten resp. deutlicher und zahlreicher Werden von Rasselgeräuschen, von ausgesprochenem unreinen oder verschärften Atmen über der erkrankten Stelle; 3) gelingt infolge der durch die Localreaction bedingten vermehrten Expectoration in 4% der Fälle auch der mikroskopische Nachweis von Tuberkelbacillen. Von eminenter Wichtigkeit ist ferner die Tuberculinreaction bei Verdacht auf Tuberculose bei **Schwangern** und **Wöchnerinnen**. Die Fragen, ob schon während der Schwangerschaft eine specielle Behandlung einzuschlagen, resp. eine Frühgeburt einzuleiten ist, ob das Stillen erlaubt werden darf, alles das sind Fragen von solcher Bedeutung für Mutter und Kind, dass Alles darauf ankommt, die Diagnose so frühzeitig als möglich und so sicher als möglich zu stellen. Bei dem Fehlen aller ungünstigen Folgen für Mutter und Kind — es wurde weder jemals die Schwangerschaft durch die Injectionen unterbrochen, noch hat das Kind jemals Schaden gelitten — stehen den diagnostischen Injectionen bei Schwangern **keinerlei** Hindernisse im Wege.

Die **zweite Indication** für die diagnostische Injection bilden differentialdiagnostische Schwierigkeiten; zuweilen ist die Entscheidung der Frage, ob Lungentuberculose, oder Carcinose resp. Sarcomatose der Lunge, die auch gelegentlich Hämoptoe, sowie Dämpfung selbst in der Spitze, verursachen können, vorliegt, sehr schwierig; in dasselbe Capitel gehören auch die Infiltrationen infolge von Echinococcus, Actinomycose und Lungensyphilis, die auch mit Hämoptoe, Fieber, Abmagerung, Nachtschweissen einhergehen können. Allerdings ist grade in letzterem Falle Vorsicht in der Deutung des Fiebers geboten, da auch bei frischer Lues Fälle von positiver Reaction beobachtet sein sollen. Häufiger sind die diagnostischen Schwierigkeiten bei der Entscheidung der Frage, ob es sich bei atypisch localisierten Dämpfungen, Catarrhen, Schwartenbildungen um Tuberculose oder um einfache Bronchitiden, Bronchiectasien, Coniosen etc. handelt. In solchen Fällen entscheidet dann die Tuberculindiagnostik, die aber auch hier, worauf nochmals nachdrücklich hingewiesen sein möge, **nicht** von der klinischen Diagnostik losgelöst werden darf.

Kommen wir jetzt zu der

Kehlkopftuberculose,

so wissen wir, dass die primäre Kehlkopftuberculose eine äusserst seltene Erscheinung ist — in der Regel ist sie eine Secundärerscheinung der Lungentuberculose. In vorgerückten Stadien wird man das Tuberculin ent-

wehren können — anders aber liegt die Situation wenn es sich um sehr geringfügige undeutliche Erscheinungen, mehr subjectiver Art handelt, wenn der Kranke über leichte Ermüdbarkeit der Stimme, Verschleiertsein, Hustenreiz bei Temperaturwechsel etc. klagt, und die Spiegeluntersuchung nichts Pathologisches oder nur eine knappsichtbare, allgemeine oder circumscripte Schwellung oder kaum merklichen Epithelverlust ergiebt. In solchen Fällen ist die Entscheidung der Frage: Tuberculose oder nicht, sehr schwierig und meist nur unter Zuhilfenahme der spec. Diagnostik zu entscheiden.

Die spec. Reaction im Kehlkopf ist charakterisiert durch entzündliche Rötung und Schwellung bei geschlossenen und durch necrotische Vorgänge bei offenen Herden. Wenn aber vor, während und nach der Reaction das Spiegelbild immer dasselbe geblieben ist, so kann man mit Sicherheit Tuberculose ausschliessen. Dass die Injection ungefährlich ist, ersieht man aus B. Fränkels Berichten, der besonders hervorhebt, dass im Reactionsstadium, selbst bei vorgeschrittenen Processen, nicht derartige Schwellungen vorkommen, dass durch Verlegung des Lumens Atemnot entstehen könnte. Differentialdiagnostisch kommt das Tuberculin in Betracht — bei Kehlkopfulcerationen, die sowohl nach Anamnese wie Befund entweder syphilitischer oder parasitärer oder neoplastischer Natur sein können.

Es ist nach Bandelier und Röpke eine Erfahrungstatsache, dass die der Anstalt überwiesenen Kehlkopfkranken noch viel häufiger über die Anfangsstadien hinaus vorgeschritten sind, als die Lungenkranken, was sich doch wohl nur dadurch erklären lässt, dass viel zu selten laryngoscopiert wird. Man sollte immer gleich im Anschluss an eine Lungenuntersuchung auch den Kehlkopf untersuchen und beim geringsten Verdacht die probatorischen Injectionen machen, denn auch bei Kehlkopftuberculose ist nach Weicker und Bandelier in Frühstadien durch die therapeutischen Tuberculininjectionen Heilung durchaus möglich.

Betrachten wir jetzt nur noch kurz der Vollständigkeit halber die Tuberculose anderer Organe. Zunächst die

Augentuberculose,

bei welcher das Tuberculin nur bei besonders schwierigen differentialdiagnostischen Fällen in Anwendung gekommen ist. O. Hippel verwandte das Tuberculin als erster in 2 Fällen von Tumoren der Augenhöhle. Da beide Fälle auf 5 mg. keinerlei Reaction aufwiesen, konnte Tuberculose mit Sicherheit ausgeschlossen werden, was auch durch den weiteren Verlauf bestätigt wurde.

Haab u. Pflüger empfahlen 1902 das Tuberculin zu diagnostischen Zwecken, ebenso Enslin 1903 bei ätiologisch unklaren Fällen von Keratitis parenchymatosa. Als besonders characterisch bezeichnen Enslin und v. Hippel schnelles Ansteigen und ebenso schnelles Abfallen der Temperatur nach der Injection.

Haab hat in 21 Fällen ausser der allgemeinen auch eine sehr deutliche Localreaction beobachten können — starke Localreactionen sind übrigens nach A. v. Hippel zu vermeiden, weil er in einzelnen Fällen von Corneatuberculose nach starken Reactionen einen Zerfall der über dem Herd liegenden Hornhautpartien beobachtet hat. Aus Vorliegendem sowie aus einem Bericht von v. Michel, der einmal in einem Fall von Iritis nach der Tuberculinreaction bald nach der Injection das Auftreten von zahlreichen Knötchen in der Iris und Sclera beobachtet hat, geht jedenfalls hervor, dass man bei der Augentuberculose ganz besonders vorsichtig sein soll, und am besten die probatorischen Injectionen einem erfahrenen Augenspecialisten überlässt.

Was nun die

Hautaffectionen

anbetrifft, so wird man im allgemeinen wohl nur dann zur prob. Injection sich entschliessen müssen, wenn es sich um unscheinbare Primärefflorescenzen handelt. Falls es sich um Lupus handelt, so kommen nach der Injection auch in den frühesten Stadien so augenfällige Reactionen zu Stande, dass die Diagnose, ob Lupus oder nicht, zweifellos gestellt werden kann. Schon 4—6 Stunden nach der Injection auch minimaler Dosen erfolgt bei Lupus stets eine äusserst augenfällige Reaction — zunächst Hyperämie und Schwellung, Infiltration, Intumescierung und Niveauerhebung — ulcerierende Flächen eitern stärker. Nach abgeklungener Reaction gehen Schwellung und Rötung zurück unter Auftreten von Necrotisierungserscheinungen: die Lupusherde sinken ein, Ulcerationen vertiefen sich, Granulationen necrotisieren, manchmal unter Schwarzfärbung und werden abgestossen. „Wer einmal einen auf Tuberculin reagierenden Lupus gesehen hat, wird sein Lebtag nicht mehr an der specifischen Wirkung des Tuberculins auf tuberculös erkrankte Gewebe zweifeln." Bei tuberculösen Drüsen wird meist schon nach den ersten Injectionen eine entzündliche Schwellung und Vergrösserung sich constatieren lassen, bei Knochen und Gelenktuberculose erfolgt ebenso Schwellung und erhöhte Schmerzhaftigkeit. Was nun die

Urogenitaltuberculose

anbetrifft, so sind die Autoren noch zu keiner Einigung gekommen. Koranyi, Prochownik, W. Meyer haben bei Nierentuberculose, v. Meyer bei Pyonephrose, Fritsch bei postpuerperalen Exsudaten, Fehling bei Lupus vulvae und Bossi bei 5 Fällen von Genitaltuberculose stets deutliche Reaction erhalten. Pankow hat in 32 Fällen Tuberculin injiciert; er unterscheidet 4 Gruppen: in einem Teil der Fälle fielen Reactionsdiagnose und histologische Untersuchung negativ aus, im zweiten Teil der Fälle fielen beide positiv aus, in der dritten Gruppe wurde klinisch die Diagnose Tuberculose nicht gestellt, die Reactionsdiagnose fiel aber unter heftigen localen Erscheinungen positiv aus, die histologische Untersuchung bestätigte die Reactionsdiagnose nicht, in 5 Fällen endlich war die Tuberculose histologisch nachgewiesen, die Tuberculininjection dagegen hatte im Stich gelassen. Es deckten sich also in 75% histologischer Befund und Reactionsdiagnose, und in 25% gingen sie auseinander. Von den Gegnern betont Jung das Versagen der Injectionen, Maddison hat 10% Fehldiagnosen beobachtet. Demgegenüber sind die Resultate von 55 von Birnbaum beobachteten Fällen, die nach Tuberculin eine deutliche Reaction ergaben und histologisch einwandsfrei bestätigt wurden, jedenfalls sehr für die Nützlichkeit der prob. Injectionen sprechend. Was nun die

Tuberculose der serösen Häute

betrifft, so ist die Unzulässigkeit der Injection bei Verdacht auf Meningit. tuberc. ja selbstverständlich—ebenso contraindiciert bei Pleuritis exsudativa, — wo auch nach Ablauf derselben die Injectionen bei vorhandenen Schwarten keine deutlichen Localreactionen ergeben. Anders liegen die Verhältnisse bei der Pleuritis sicca, wo eine Localreaction, sowie subjective Symptome, wie vermehrtes Seitenstechen, leicht beobachtet werden können. Bei Fällen von peritonitischem Exsuda[t] wo man nach Ausscheidung von Leber-, Nieren-, He[rz]krankheiten zwischen Carcinose und Tuberculose schw[ankt], ergiebt die Tuberculininjection ganz besonders [wert]volle diagnostische Fingerweise.

„Alles in Allem: Der Wert der Tuber[cu]lindiagnostik steht in jeder Beziehu[ng] fest. Die Tuberculindiagnostik ist auch ausser[ha]lb der



geschlossenen Anstalten ohne Beeinträchtigung der Reactionsresultate durchführbar. Schädigungen der Kranken kommen nicht vor, wenn nur ein sorgfältig untersuchtes Material unter strenger Beachtung der geltenden Vorschriften verwertet wird. Die Tuberculindiagnostik ist berufen, durch Ermöglichung der Frühdiagnose einer wirksamen Tuberculoseprophylaxe und -Therapie in gleicher Weise zu dienen."

Benutzte Literatur (ausführliches Literaturverzeichnis bei Bandelier und Röpke):

1) Weicker: Das Tuberculin in der Hand der practischen Aerzte. 2) Bandelier und Röpke: Lehrbuch der specifischen Diagnostik und Therapie der Tuberculose. 3) Turban: Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose. 4) Hammer: Die Tuberculinbehandlung der Lungentuberculose. 5) Feer: Die cutane Tuberculinprobe im Kindesalter. 6) Moro: Ueber eine diagnostisch verwertbare Reaction der Haut auf Einreibung mit Tuberculinsalbe. 7) Krause und Hertel: Kritische Bemerkungen und Erfahrungen über die Bewertung der Ophthalmoreaction. 8) Hamburger: Ueber Hauttuberculide im Säuglingsalter. 9) Sahli: Ueber Tuberculinbehandlung. 10) Blum und Schlippe: Ueber den Wert der Ophthalmoreaction. 11) Hamburger: Ueber die Wirkung des Alttuberculin auf den tuberculosefreien Menschen. 12) Junker: Beiträge zur Klinik der Tuberculose. Bd. VI. 13) Binswanger: Archiv für Kinderkrankheiten. 1906. 40. Bd. H. 1—4. etc. etc.

N. B. Die in «» enthaltenen Ausführungen sind nach dem Lehrbuch von Bandelier und Röpke citiert.

Ueber Mineralstoffwechsel.

Von
San.-Rat Dr. Scherk.
Bad Homburg.

Die Zeit liegt noch nicht fern, in welcher die Erforschung der Stoffwechselprocesse im menschlichen Organismus sich auf die Umsetzungen der Eiweisskörper, der Fette und Kohlehydrate beschränkte. Die Untersuchungen über Resorption, Assimilation und Ausscheidung anorganischer Substanzen sind auf eine neue Zeitperiode zurückzuführen. Heutzutage weisen uns die Errungenschaften der physikalisch-chemischen Wissenschaft direct auf die enorme Bedeutung der Mineralstoffe für die Abwicklung des Zellenchemismus hin. Es steht fest, dass diese minimalen Werte, ihre Beziehung zur Hydrolyse und Katalyse, zu sehr in den Hintergrund getreten waren. Die Ursache dieser Zurücksetzung war, meiner Ansicht nach, in der mangelhaften Erkenntnis der Fermentationprocesse zu suchen. Erst mit der epochemachenden Buchnerschen Entdeckung, dass die Wirkung des Hefezellensaftes nicht an die lebende Zelle gebunden ist, und die Uebertragung dieser Wirkungsweise auf die Enzyme der secretorischen Drüsenzellen hat den Schleier gelüftet, welcher bis dahin die Fermentwirkung verhüllte, und wir können dieselbe durch die hydrolytische Spaltung einerseits und durch die katalytische Sauerstoffübertragung andererseits deuten. Bei beiden Factoren sind aber die anorganischen Substanzen die Vermittler der Umsetzungen, welche wir unter dem Begriff der Fermentwirkung zusammenfassen.

Nicht nur die Activierung der Fermente, welche von den secretorischen Drüsen geliefert werden, giebt uns Aufschluss über die Verarbeitung der Nährsubstanzen innerhalb des Intestinaltractus, auch das Studium der [illegible]ernen Fermente, welche während des intermediären S[illegible]wechsels produciert werden, schreitet in der Klärung for[illegible] so dass wir uns der Hoffnung hingeben können, auch dies[illegible] complicierten Vorgänge zu präcisieren.

Nic[illegible] nur die Reversibilität der Fermente, sondern die Bi[illegible]ung der Antifermente spielt bekanntlich in der Immuni[illegible]sfrage eine grosse Rolle, und die Dissociationsproducte der Salze stehen mit diesen Vorgängen in engem Zusammenhange. Letztere wiederum, die differenten Jonen, sind bei der Ergründung der ex- [illegible] endosmotischen Strömungen auf die Wagschale zu legen; dabei ist die Permeabilität resp. Semipermeabilität der organischen Membranen, sowie die Attractionsfähigkeit des lebenden Epithels bei den resorptiven Processen zu berücksichtigen. Dass nach der Resorption der Jonen diese wieder bei der Assimilation zur Synthese verwertet werden, steht ausser Frage. Auch die Function der Oxydasen bei den Verbrennungsprocessen ist jetzt geklärt, und wenn wir in Erwägung ziehen, dass alle diese Momente, welche durch die vitalen Umsetzungen in den verschiedenen Zellen bewerkstelligt werden, durch die Tätigkeit des nervösen Centralapparates [illegible] des sympathischen Systems reguliert werden, so können wir nur ein Bild von den mannigfachen biologischen Leistungen im menschlichen Organismus entwerfen, welches durch seine Mannigfaltigkeit unser Staunen erregt.

Beachten wir, dass unter pathologischen Verhältnissen diese Factoren noch complicierter uns entgegentreten, indem einzelne Organe durch ihre erhöhte Tätigkeit correspondierende Zellenfunctionen ersetzen und ausgleichen, so wird uns einleuchten, dass das Studium der Stoffwechselprocesse sowohl unter normalen als auch unter pathologischen Bedingungen mit den grössten Schwierigkeiten verbunden ist, und wir dürfen uns nicht wundern, wenn trotz rationeller Anordnung der Versuchsreihen und accurater Ausführung oft widersprechende Resultate in einzelnen Punkten erzielt wurden.

Immerhin ist es als ein bedeutender Fortschritt zu verzeichnen, wenn wir jetzt neben den allgemeinen [illegible]lichen Stoffwechseluntersuchungen den Mineralstoffwechsel im Organismus mehr und mehr berücksichtigen, wiewohl derselbe nur durch minimale Werte sich kennzeichnet, aber doch, wie die neuen Forschungen ergeben, zur Bestreitung der somatischen Bilanz unbedingt erforderlich ist.

Wie viele Decennien sind verflossen, bis es den [illegible]sigen Arbeiten Baumanns gelang, Jod in der Thyreoidea nachzuweisen, und doch waren Physiologen und Chemiker lange vorher der Ansicht, dass in der Schilddrüse ein Jodgehalt vohanden sein müsse. Die Bedeutung desselben für den Stoffwechsel liegt jetzt klar zu Tage. Die Hypothese, welche sich auf Erfahrung begründete, war dem exacten Nachweis vorausgeeilt.

In analoger Weise belehrte seit Jahrhunderten die Erfahrungswissenschaft die Balneologen, dass durch Gebrauch von Mineralwassertrinkcuren bestimmte Krankheiten therapeutisch günstig im Verlaufe beeinflusst wurden; der Beweis ist erst neuerdings durch die Normen der physikalischen Chemie geliefert.

In diesem Sinne schreibt Kraus*): „Was die [illegible]terne Darreichung der Mineralquellen betrifft, so [illegible] dieselbe immer mehr in den Gesichtpunkt einer Mineralstofftherapie". Meiner Auffassung nach können wir [illegible] dem Princip der selectiven Zellenfunction, welche ich in der Med. Klinik, Nr. 23, 1907, erörtert habe, heutzutage anerkennen, dass die durch den Verdauungsact aufgenommenen Jonen, durch den Blutstrom den verschiedenen Zellen zugeführt und zum synthetischen Aufbau verwendet werden. Die durch Oxydation und Reduction verarbeiteten Substanzen werden dann durch eine Deckung neu assimilierter Jonen unter normalen Bedingungen wieder ausgeglichen, die somatische Bilanz bleibt erhalten.

Es ist einleuchtend, dass diese Processe unter pathologischen Verhältnissen modificiert werden können; [illegible]

*) Klinik und Balneologie von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus (Berlin). Zeitschrift für Balneologie etc. Nr. 1, [illegible]

in den einzelnen Organen, welche die metabolischen, anabolischen und katabolischen Aufgaben zu erfüllen haben, destructive Vorgänge nachzuweisen, so wird auch die selective Function der einzelnen Gewebszellen minderwertig ausfallen.

Ziehen wir nach dieser Richtung hin beispielsweise die Eisentherapie in den Kreis unserer Betrachtung, so liegt auf der Hand, dass ein Ausgleich der Eisenjonen nur bei einer Integrität der betreffenden Organe bewerkstelligt werden kann, welche die Resorption und Assimilation der Eisenionen zu erfüllen haben. — Wird eventuell eine Affection der Duodenalschleimhaut oder eine Erkrankung des roten Knochenmarks nachzuweisen sein, so wird in beiden Fällen die Eisenzufuhr nutzlos sein.

Doch kann immerhin im letzten Falle angenommen werden, dass die Function eines anderen haematopoetischen Organes derartig erhöht wird, dasss der Ausfall einigermassen gedeckt wird.

Mit dieser Betrachtung stimmt die Beobachtung überein, dass wir den besten Erfolg einer Eisentherapie nach grossen Blutverlust verzeichnen können. In diesen Fällen ist die Function der haematopoetischen Organe nicht gehemmt.

Wenn wir erwägen, mit welchen minimalen Werten wir zu rechnen haben, da nach Stockmanns Untersuchungen 6—11 Milligramm täglich für einen Erwachsenen genügen, um die Eisenbilanz zu erhalten, so wird die Schwierigkeit der Erforschung des Eisenstoffwechsels einleuchten.

Die Hypothese einzelner Autoren, nach welcher durch das aufgenommene Eisen ein Reiz auf die Zellen der blutbereitenden Organe ausgeübt werde, ist meiner Ansicht nach nicht stichhaltig.

Ebenso wie uns das Studium der Pflanzenphysiologie belehrt, dass durch die Aufnahme anorganischer Substanzen durch die Wurzelfasern aus dem Nährboden ein Ausgleich und eine Deckung der verbrauchten Jonen stattfindet, müssen wir ein analoges Deckungsprincip im tierischen und menschlichen Stoffwechsel festhalten. Reicht das Quantum, welches durch Speise und Trank dem Organismus von anorganischen Substanzen zugeführt wird, nicht aus, um eine Deckung zu erlangen, so müssen wir, wie der Landwirt die Ackerkrume bereichert, durch Verabreichung von Medicamenten oder durch Gebrauch einer Mineralwassertrinkcur das Deficit zu decken suchen.

Dass dabei die Löslichkeitsverhältnisse der verschiedenen Eisenpräparate zu berücksichtigen sind, braucht nicht erst hervorgehoben zu werden. Die Bindung der Eisenionen an eine colloidale Substanz wird bei dem Resorptionsprocesse von Einfluss sein, doch scheint mir die Frage immer noch nicht gelöst zu sein, ob organisch gebundene Eisenjonen therapeutisch eine bessere Wirkung ausüben, wie die Zufuhr anorganischen Eisens.

Der Kernpunkt der Eisentherapie liegt in der Function der haematopoetischen Organe, welche die Eisenjonen als Bausteine zum Aufbau des Haemoglobins zu verwerten haben, es handelt sich demnach auch hier wieder um einen synthetischen Process, die Vereinigung colloidaler Substanz mit einem Mineral.

In derselben Weise werden auch die anderen Eiweisskörper, welche eine colloidale Beschaffenheit haben, im Organismus mit differenten anorganischen Substanzen verbunden sein, durch welche sich dieselben von einander unterscheiden. Da nun bekanntlich die Proteine die Hauptbestandteile der Zellen darstellen, so tritt uns auch hier wieder die Bedeutung der Mineralstoffe im Zellenchemismus vor Augen, im Gegensatz zu den Fetten und Kohlehydraten, welche nur aus organischen Elementen zusammengesetzt sind.

Da wir ausserdem die hydrolytischen Fermente als Derivate der Eiweisskörper bezeichnen, so werden wir auch hier wieder auf die anorganische Beimengung hingewiesen. In analoger Weise wie das Pepsin seine Wirkung nur in Gegenwart von Salzsäure entfalten kann, beanspruchen die Pancreasenzyme ein alcalisch reagierendes Medium. Wie die Aufnahme der Chloride für die Bildung der Salzsäure erforderlich ist, so werden die Alcalien bei der Wirkungsweise der Pancreasenzyme eine bedeutungsvolle Rolle spielen.

Dass die Oxydasenwirkung vornehmlich auf die Anwesenheit bestimmter Metalle zurückzuleiten ist, kann nicht mehr bestritten werden. Wie die Untersuchungen von Schade ergeben, werden die Oxydasen in ihrer Wirkungsweise wiederum von der Gegenwart anderer Mineralstoffe z. B. von Alkalien unterstützt, während andere anorganische Substanzen einen hemmenden Einfluss ausüben.

Aus allen diesen Befunden ist die Bedeutung der Mineralstoffe im Zellenleben ersichtlich, wenn wir ausserdem die eigenartige Verteilung in den verschiedenen Zellensystemen und die selective Zellenfunction als biologische Cardinalfactoren anerkennen, so erscheint uns die Wirkung einer Mineralwassertrinkcur in neuem Lichte, zumal in den meisten natürlichen Heilquellen, alle anorganischen Stoffe vertreten sind, welche der menschliche Organismus zu seiner Existenz beansprucht.

Bezeichnend für die therapeutische Stromrichtung der Neuzeit ist die Einführung der electrischen Colloidmetalle, welche in das Blut injiciert durch ihre reactionsbeschleunigende Wirkung direct bestimmte Krankheitserreger, wie die Streptococcen, Staphylococcen u. s. w. bekämpfen sollen.

Es ist nicht unwahrscheinlich, dass diese neue Methode, welche vornehmlich von französischen Forschern empfohlen wird, in der Zukunft in der Behandlungsweise der Infectionskrankheiten eine hervorragende Rolle spielen wird. Immerhin tritt auch hier wieder die katalytische Function der anorganischen Substanzen in den Vordergrund. Hoffen wir, dass diese Methode von Erfolg gekrönt wird, vorab steht dieselbe noch im Anfangsstadium.

Dass wir die minimalen Werte in ihrer Wirkungsweise speciell zu berücksichtigen haben, geht schon aus dem Unterschiede hervor, welcher zwischen der Anwendung eines natürlichen und eines künstlichen Mineralwassers besteht.

Selbst Roloff*), welcher diese Differenz in verschiedenen Arbeiten abzuschwächen suchte, führt neuerdings über die in minimalen Concentrationen vorhandenen Bestandteile der Mineralwässer folgenden Passus aus.

„Eine ganze Reihe von Stoffen, die in den natürlichen Quellen nur in Concentrationen von 1 Millimolekül pro Liter oder noch weniger vorhanden sind, besitzen trotzdem so energische therapeutische Wirkungen, dass sie sogar neben anderen in weit grösserer Menge vorhandenen Stoffen, den Character des Wassers bedingen (Li, As, J u. s. w.). Diese Stoffe verdanken ihre prägnanten Eigenschaften ihrer hohen chemischen Activität und eben hierdurch sind sie auch im Stande, leicht und vollständig characteristische Verbindungen einzugehen, die den Nachweis trotz der geringen Menge bis auf Genauigkeiten von wenig Procenten möglich machen".

---

*) Physikalische Chemie von A. v. Korányi und P. F. Richter, Bd. II. Die Eigenschaften der Mineralwässer nach physikalisch-chemischen Gesichtspunkten. S. 273.

Referate.

Winternitz: A case of sigmoid kidney. (John Hopkins Hosp. Bullet. August 1908).

Zufälliger Sectionsbefund bei einem 5-monatlichen Kinde. Die linke Niere war die obere; 2 Hilus, der obere, linke zur Mittellinie gerichtet, der rechte nach unten. Zahl und Einmündungsstellen der Ureteren in die Blase normal.

Wichert.

Fuller: Vesiculotomy in the cure of gonorrheal rheumatism. (New-York Med. Journ. 1908. 30. Mai).

F. basiert seine Operationsmethode auf der Tatsache, dass für das Entstehen des gon. Rheumatismus stets an einer oder mehreren Stellen eine Toxinresorption verantwortlich gemacht werden kann. Den Ort dieser Resorption verlegt er in die Samenblasen. Von 23 der operierten Fälle wurden 17 unmittelbar nach der Operation geheilt, die übrigen 6 inficierten sich z. T. wieder frisch und bekamen Recidive, teils verzögerten sie die definitive Heilung durch sexuelle Excesse.

Wichert.

Shober: Nephroureterectomy for tuberculosis (Therap. Gazette, 1908. Nr. 6).

33-jährige Patientin, Harnbeschwerden seit 2 Jahren. Operationsmethode von Reynolds, wobei auch der ganze Ureter entfernt wurde. Die Niere war vollkommen käsig degeneriert. Heilung.

Wichert.

Ellice Mc. Donald: The medical treatment of Gonococcus infection in women. (The Therap. Gazette, 1908. Nr. 4).

Allgemein leitende Gesichtspuncte für die Behandlung — hauptsächlich Ruhe und Reinlichkeit. Zu den Spülungen empfiehlt Verf. eine Lösung von Natr. bicarb. und Natr. sulfur.

Wichert.

W. O. Pauli: Placental Syphilis. (John Hopkins Hosp. Bull. 1908. Nr. 12).

Untersuchungen auf Spirochaeten. Schlüsse des Autors: in syphilit. Placenten findet man die Spir. pall. selten. Die anatom. Veränderungen in der Placenta sind als toxische Wirkungen der in den foetalen Organen enthaltenen Spir. anzusehen.

Wichert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen 1908. Herausgegeben im Auftrage des Vereins vom Schriftführer, Dr. med. Felix Blumenfeld-Wiesbaden. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag). 1908. Preis M. 2.

Die diesjährige, fünfzehnte Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg, Pfingsten 7. bis 8. Juni 1908, war ausserordentlich zahlreich besucht, die Präsenzliste zeigt 150 Teilnehmer. Am Abend des 7. Juni hielt Herr Killian-Freiburg einen Vortrag: «Eine wissenschaftliche Reise durch Nord-Amerika». In der wissenschaftlichen Sitzung am 8. Juni wurde eine grosse Reihe hochinteressanter Vorträge abgehalten, die wir hier kurz aufzählen wollen: 1) Brünings: Ueber die Beleuchtungsprincipien endoskopischer Rohre. 2) Körner: Analogien im klinischen Verlaufe der Oculomotorius- und Recurrenslähmungen. 3) Goris: Radicale Operation eines beginnenden Sarcoms der Nasenscheidewand. 4) Guyot: Tumorartige Tuberculose der Nase und der Kieferhöhle. 5) Manasse: Zur Pathologie und Therapie der malignen Nebenhöhlengeschwülste. 6) Arth. Meyer: Präparate eines Falles von leukämischer Affection des Kehlkopfs. 7) Kander: Kleinhirnbrückenwinkeltumor mit Ausfluss von Liquor cerebrospinalis aus der Nase. 8) R. F. Nager: Ueber Nasenrachentumoren. 9) Friedr. Schäfer: Ein Untersuchungs- und Operationsstuhl für das Sprechzimmer des Oto-Laryngologen. 10) Jurasz: Demonstration einer merkwürdigen Anomalie des Nasenrachenraumes.

In der darauffolgenden Geschäftssitzung wurde einstimmig beschlossen, dass der Verein fortan den Namen «Verein deutscher Laryngologen» führen soll. Die Verhandlungen des «Vereins süddeutscher Laryngologen» schliessen daher mit dieser Geschäftssitzung ab. Die weiteren Vorträge sind in demselben Verlage und unter derselben Redaction in einem besonderen Hefte erschienen, als

Verhandlungen des Vereins deutscher Laryngologen 1908. Preis M. 2.50.

Wir erlauben uns auch diese Vorträge kurz aufzuzählen: 11) Körner: Carcinom des Hypopharynx. 12) v. Eichhorn: Ueber Anwendung der Fulguration in der Laryngologie. 13) Killian: Die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen bei Scharlach. 14) v. Eicken: Unsere Erfahrungen über Complicationen bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. 15) v. Eicken: Speichelfluss durch die Nase. 16) Brünings: Ueber Lichttherapie bei acuten Nebenhöhlenempyemen. 17) Brünings: Beiträge zur submucösen Septumresection. 18) Goris: Demonstration primärer Mandel-Tuberculose. 19) Neugass: Ein Fall von syphilitischem Primäraffect der Nasenscheidewand.

Möge die neugegründete Fachgesellschaft mit ihrer neuen Bezeichnung als «Verein deutscher Laryngologen» eine noch regere wissenschaftliche Arbeit auf dem erweiterten Felde ihrer Tätigkeit entwickeln!

A. Sacher.

Paul Friedrich Richter: Indicationen und Technik der Entfettungscuren. 38 S. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, [herausgegeben von Prof. Albu in Berlin. I Band. Heft 4. Halle a. S. Carl Marhold 1908. Preis 1 Mk.

Die kurze Uebersicht über die Indicationen zeigt, «für wie vielfältige Gebiete der Pathologie eine Ueberernährung des Körpers von einschneidender Bedeutung ist, und wie compliciert oft die Erwägungen sind, die den Arzt bei der Beurteilung, ob im einzelnen Falle die Reduction der Corpulenz erwünscht, ob sie unnötig oder sogar gefährlich ist, zu leiten haben». Bei der Betrachtung der Technik ist den diätetischen Maassnahmen das Hauptgewicht beigelegt, bei denen sich die Calorienlehre practisch fruchtbar erweist. Die Frage der Flüssigkeitszufuhr ist nach den genauen Versuchen von Salomon an Menschen dahin entschieden, dass unter dem Einflusse des Durstens nicht die mindeste Steigerung der Verbrennungsprocesse eintritt. Ebensowenig ist Schweningers Behauptung, dass flüssigkeitslose Mahlzeiten eine verringerte Resorption bedingen, durch das Experiment bewiesen worden. «In uncomplicierten Fällen von Fettleibigkeit ist die Flüssigkeitsentziehung principiell ohne Nutzen, sie kann gelegentlich auch Schaden stiften». Für die Entfettung unter Schonung des Eiweissbestandes legt Verf. Gewicht auf folgende Momente: Entziehung von Fett, Darreichung von Kohlehydraten bei wenig oder gar nicht erhöhter Eiweisszufuhr, ausreichende Flüssigkeitszufuhr, systematische, vorsichtig dosierte Uebung der Musculatur, Hochgebirgsklima. Nach Verf. Erwägungen ist «diejenige diätetische Entfettungscur, die am rationellsten, technisch am leichtesten durchführbar und auch für den Patienten am bequemsten ist, eine solche, die aus Eiweiss und Kohlehydraten besteht, von Fett dagegen nur in geringen Mengen Gebrauch macht». Bei den Kohlehydraten ist Verf. ein Anhänger der «Kartoffelcuren» resp. Gemüsekuren, da hierbei solche Kohlehydrate bevorzugt werden, «die ein grosses Volumen bei relativ niedrigem Calorienwert besitzen, die ferner infolge der Anfüllung des Magens ein rasch eintretendes — allerdings auch rasch vorübergehendes — Sättigungsgefühl erzeugen. Allerdings dürfen dabei die Gemüse nur nach englischer Art mit Bouillon oder Salzwasser abgedämpft werden und ebenso sind Kartoffeln nur als Salzkartoffeln, Kortoffeln in der Schale, Kartoffelsalat (mit Zitrone, ohne Oel), oder in Püreeform mit einem geringen Zusatz von Milch gestattet». Das Schema für einen Speisezettel nach Verf. Principien ist folgendes: morgens 8 Uhr: 1 Tasse Thee oder Kaffee (ohne Milch), 50 g. mageren Schinken, 1 Brötchen; 10 Uhr: 1—2 Eier; 12 Uhr: ca 100 g. frisches Obst; 2 Uhr: vor dem Essen 1 bis 2 Glas Citronenlimonade (ohne Zucker), 1 Teller Bouillon mit 150—200 g. Salzkartoffeln, 100—125 g. mageres Fleisch, dazu eine saure Gurke und viel Radieschen, grünen Salat etc., eventuell 100 g. Gemüse (ohne Mehl und Butter), in dem Verhältnis, wie die Menge Kartoffeln herabgesetzt wird, kann die Gemüseportion erhöht werden; 4 Uhr: 1 Tasse Kaffee; 6 Uhr: Frisches Obst (eventuell eine Tasse Bouillon); 8 Uhr: 100 g. mageres kaltes Fleisch oder 1 Hering, dazu 150 g. Kartoffeln (eventuell als Salat), rote Rüben, Rettich, etwas mageren Käse, vor dem Essen wieder 1—2 Glas Citronenlimonade. Das Verlangen nach Brot ist bei diesem Speisezettel meist ein sehr geringes. Nur zwei Contraindicationen kennt Verf.: die Atonie des Magens und gelegentliche leichte Glycosurie. Ein Uebelstand ist die bisweilen in den ersten Tagen sich einstellende Obstipation, welche durch 1—2 Weinglas Bitterwasser 1 Stunde vor dem Frühstück leicht behoben wird. Die Brunnencuren möchte Verf. durch Hochgebirgscuren ersetzen wegen der Anbildung von Eiweiss. — Neben den diätetischen Massnahmen ist der wichtigste Punkt die richtige Dosierung und zweckmässigste Anwendungsform der

Muskelarbeit, und zwar der activen, Massage hat nur in Combination mit allen anderen Verfahren eine Wirkung. Hydriatische Proceduren, kalte oder heisse Bäder, haben keinen nennenswerten Einfluss auf den Fettzerfall. Vor dem Thyreodin warnt Verf., während er von Ovarialpräparaten (Oophorin u. a.) bei Fettsucht im Climacterium und nach Castration Erfolge sah. M.

Mitteilungen aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.

1873 Sitzung am 7. Mai 1908.

Anwesend 53 Mitglieder und als Gast Herr Dr. Biehler.

ad. p. 1 der Tagesordnung. Das Protocoll der beiden letzten Sitzungen wird verlesen und angenommen.

ad. p. 2. Dr. Eliasberg referiert über einige Fälle von Lues, die einen atypischen Verlauf aufwiesen.

Dr. Eliasberg: Erstens wollte ich über einen Fall referieren, der meines Wissens einzig dasteht.

Z. Sch., 20 a. n., zeigte sich mir am 15./X. 1907: ulcus primarius ad glandem, scleradenitis universalis, exanthema maculosum, angina specifica.

Vom 15./X.—27./X. sieben Injectionen einer $1^1/_2$% Hydrargyr. cyanat.-Lösung 1.25 Ctm.³ Das Exanthem schwand. Pat. verreiste. Stellte sich am 16./XI. 1907 wieder vor mit einem sehr ausgebreiteten grossmaculösen Exanthem über den ganzen Körper (Arme und Beine auch befallen), angina specif. und ziehenden Schmerzen in den langen Knochen. Vom 16./XI.—9./XII. 1907 weitere 12 Injectionen von Hydrargyrum cyanat. Völliger Schwund des Exanthems. Pat. unterbricht die Kur wieder und verreist auf 3 Wochen. Am 30./XII. 1907 stellte er sich mir wieder vor mit einem sehr ausgebreiteten Exanthem, wobei diesmal mehr Abdomen und Rücken befallen sind. Pat. bekommt 20 Injectionen à 4.0 vom 2./I.—25./I. 1908. Schwund des Exanthems.

Am 15./IV. stellt er sich wieder vor mit einem circinär angeordneten maculösen Exanthem über Brust, Rücken und oberen Extremitäten. Jetzt ist das Exanthem nahezu geschwunden nach 15 Einreibungen. Also vier Exantheme luetischen Ursprungs im Verlaufe von 6 Monaten nach der Manifestation der Lues, wobei jedes Mal das Exanthem ein anderes war, auch etwas anders localisiert und mit Angina specific. und Schmerzen in den langen Knochen.

Zweitens wollte ich Ihnen referieren über einige Fälle, wo das Ulcus 3—4 Wochen nach der C. C. aufgetreten ist (soweit man sich auf die Aussagen der Pat. verlassen kann), 2—3 Wochen nach dem Auftreten des Ulcus primarius sich Scleradenitis inguinalis zeigte, — und ganz kurz vor dem Auftreten des Exanthems plötzlich ohne nachweisbaren Grund Vereiterung des Bubo einerseits auftrat. In drei Fällen musste ich incidieren (nach Lang). Es entleerte sich ganz flüssiger, bräunlich-gelber Eiter. Die Heilung ging sehr schnell vor sich (in 6—8 Tagen), und das Exanthem trat dann auf. Also Vereiterung der Bubonen beim Ulcus durum. Wie gesagt, trat das Ulcus erst in der 3. resp. 4. Woche auf, so dass ein Ulcus molle ausgeschlossen zu sein scheint, wenn die Angaben des Patienten richtig sind. Unter diesen Fällen findet sich auch ein 4 monatlicher Knabe, der das Ulcus primarium an der Circumcisionsstelle zeigte. (Infection durch den Beschneider). Bei diesem Knaben waren beiderseits die Inguinaldrüsen vereitert. Dieser zeigte ausserdem ein pustulöses Syphilid am Thorax. Der Knabe wurde von mir ins Kinderhospital geschickt, woselbst er auch seiner Krankheit erlag.

Drittens wollte ich noch auf einen Fall kurz hinweisen, wo ein Patient, der seine Lues vor 6 Jahren aquiriert hat, vor 6 Monaten ein sehr stark pigmentiertes Syphilid an der Brust aufwies (Schwund desselben nach Innunctionen). Jetzt ein ganz circumscriptes siebenartiges Syphilid aufwies an derselben Stelle, wo er das pigm. Syphilid vor sechs Monaten hatte. Auffällig ist das heftige Jucken der afficierten Stellen. Nur langsam ging das Syphilid zurück. (Inj. von Hg. Cyanat.) (Autoreferat.)

In der Discussion erwähnt Dr. Voss, dass die Infection bei der rituellen Beschneidung allgemeine Aufmerksamkeit verdiene. Es müssten Mittel und Wege ausfindig gemacht werden, um eine solche zu vermeiden. Letztere käme im wesentlichen durch zwei Momente zu Stande: 1) durch die Art und Weise der Blutstillung, das Aussaugen der Wunde und 2) durch die Berührung der Wunde mit den Fingern. Ein ulcus molle könne in dem von Dr. Eliasberg referierten Falle nicht ausgeschlossen werden, da die Infection durch die erwähnten Manipulationen erfolgt sein könne. Es sei Redner unbekannt, ob heute bei der Circumcision Methoden gehandhabt würden, die eine eventuelle Infection auszuschliessen geeignet wären.

Bezüglich der Literatur erwähnt Dr. Hampeln, dass die vorliegende Frage eine eingehende Bearbeitung durch Dr. Leemann in Rjeshiza erfahren habe. Die Arbeit ist in der Deutschen Med. Wochenschrift erschienen.

Dr. Hirschberg hatte den Eindruck, dass in dem von den Vorrednern besprochenen Falle hereditäre Verhältnisse eine Rolle gespielt. Dafür spreche auch der desolate Zustand, in dem das Kind sich befunden. Die Möglickeit sei nicht von der Hand zu weisen, dass auf der Basis einer hereditären Lues eine weitere Infection mit sept. Erregern stattgefunden. Das Krankheitsbild brauche nicht ohne Weiteres mit den Erregern des ulcus molle in Zusammenhang gebracht zu werden. Auch der Umstand, dass das Kind gestorben sei, mache eine sept. Infection wahrscheinlich.

Dr. Schönfeld weist darauf hin, dass die relative Sauberkeit, die heute bei der rituellen Beschneidung gehandhabt wird, den jahrzehntelangen Bemühungen Dr. Dembos zu verdanken sei. Eine durchgreifende Wendung zum Bessern sei trotzdem nur in solchen Ländern zu constatieren, wo culturelle Voraussetzungen eine Reform bedingen konnten. In uncultivierten Landstrichen sei die Infection nahezu ebenso häufig wie früher. In Petersburg und Moskau dagegen, wo nur jüngeren Kräften mit einem gewissen Bildungsgrad die Ausführung des Eingriffs gestattet wird, sei die Infection sehr selten. Es sei der Lebensarbeit und den statistischen Daten Dr. Dembos zu verdanken, die Angelegenheit auf eine erträgliche Basis gestellt zu haben.

Dr. Eliasberg bemerkt in seinem Schlusswort, dass der Fall, der von der rituellen Infection handelt, niemals Fiebererscheinungen habe beobachten lassen. Auch im Krankenhause sei solches nicht vorhanden gewesen. Weiter habe die Section an den Organen keine Veränderungen septischer Natur bemerken lassen. Infolgedessen läge kein Grund zur Annahme vor, dass das pustulöse Exanthem verkannt und mit einem septischen verwechselt sein könnte. Gegen eine hereditäre Lues spreche deutlich das initiale ulcus und die übrigen Zeichen einer acquirierten Lues.

ad. P. 3. Dr. v. Bergmann erörtert die traumatische und spontane Entstehung von Aneurysmen der Art. glut. und weist auf die grossen diagnostischen Schwierigkeiten hin, die durch die tiefe Lage bedingt, zu Verwechselung mit Abscessen, Tumoren (Sarcome), welche gleichfalls Pulsation zeigen können, Veranlassung geben. Diagnostische Irrtümer seien infolgedessen häufig vorgekommen. Weiter sei die schlechte Prognose der erwähnten Aneurysmen bekannt, indem 50 pCt. ad exitum kämen. In den Handbüchern werde die Prognose heute besser, ca. 40 pCt. mit letalem Ausgang, angegeben. Allerdings spiele hierbei die Unterbindung der Art. hypog. eine Rolle.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen demonstriert Redner einen Mann von 31 Jahren, der im Juli 1906, durch Messerstiche in die Glutaealgegend verletzt, ins Stadtkrankenhaus aufgenommen wurde. Die Blutung sei eine mässige gewesen, infolge des Haematoms Schmerzen, doch keine Anzeichen eines Aneurysma. Die Schmerzen, welche in das Gebiet des n. ischiadicus ausgestrahlt wären, seien mit dem Kleinerwerden des Haematoms geschwunden. Patient wurde entlassen und hat dann vom August 1906 bis zum October 1907 gearbeitet. Von nun ab konnte ein Grösserwerden des Tumors, ein Wachsen desselben und dementsprechend auch eine Zunahme der subjectiven Beschwerden constatiert werden. Die Frage war nun, ob es sich im vorliegenden Falle um ein Aneurysma oder um ein schnell wachsendes Sarcom handelte? Im Laufe des December 1907 überstand Patient einen Recurrens und wurde im Januar 1908 auf die chirurgische Abteilung transferiert. Hier konnte ein recht herabgekommener Zustand des Kranken constatiert werden. Es bestanden Schmerzen, die Morphiumgaben veranlassten. Der Tumor nahm die ganze Glutaealregion ein, es bestand Pulsation und Schwirren, welch letzteres Symptom gleichfalls bei Sarcomen beobachtet worden ist. — Die Durchleuchtung brachte keinen Aufschluss in differential-diagnostischer Beziehung. Es musste die Möglichkeit offen gelassen werden, dass der Tumor, wenn auch nicht vom Knochen selbst, so doch vom Periost seinen Ausgang genommen. Die Punction ergab anfangs ein negatives Resultat. Bei Gelegenheit einer Wiederholung derselben jedoch spritzte arterielles Blut im Strahl heraus. — Also Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Aneurysma.

Die Operation besteht 1) in der Unterbindung der Hypogastrica, wobei der extraperitoneale Weg dem abdominalen, weit gefährlicheren Wege vorzuziehen ist, und 2) in dem Schnitte, welcher das Aneurysma direct anfasst. Letzterer wird in den Lehrbüchern zu klein angegeben, sodass sich Redner zu einem grösseren Schnitt parallel dem Darmbeinkamm mit folgendem Herabklappen des Weichteillappens ver-

anlasst sab. Nach Unterbindung der Hypogastrica abermalige Punction des Aneurysma, die jetzt Serum ergab. 20 Minuten hatten genügt, um eine Gerinnung des Blutes im Aneurysmasack herbeizuführen. Redner betont zum Schlusse, dass die Unterbindung der Hypogastrica allein keinen ausschlaggebenden Erfolg habe, da sich durch Nebenäste schnell die Circulation wiederherstelle.

Discussion:

Dr. Bornhaupt plaidiert gleichfalls für die von Dr. v. Bergmann angegebene Schnittführung. Im Kriege hätte Redner ca. 20 Aneurysmen, darunter solche d. Art. femor. operiert und betont die Wichtigkeit des Umstandes, dass das Aneurysma durch den Schnitt freigelegt werde. Um intensive Nachblutungen zu vermeiden, müssten nicht nur die grossen central und peripher gelegenen Gefässe, sondern auch sämtliche Nebenäste unterbunden werden. Demnach hänge die Prognose der Operation von der Grösse des Schnittes ab; erst dadurch werde eine klare, übersichtliche Situation geschaffen.

Dr. von Bergmann recapituliert kurz und betont, dass es in manchen Fällen, jedenfalls beim Bestehen kleinerer Aneurysmen, genügend sei, die Hypogastrica temporär mit einer Schlinge zu versehen. In solchen Fällen reiche die Ligatur an Ort und Stelle aus.

ad. p. 4 der Tagesordnung: Dr. Bornhaupt demonstriert das anatomische Präparat eines Falles von Pancreasnecrose.

M. H. Gestatten Sie mir, Ihnen hier über einen Fall zu referieren, den ich in der vorigen Woche zu beobachten Gelegenheit gehabt habe. Es handelt sich um einen 49-jährigen, sehr kräftigen, mit reichlichem Fettpolster ausgestatteten Patienten, einen Engländer, der am 27. April 1908 aus London nach Riga angereist gekommen war, am 28. April Mittags um 2 Uhr plötzlich erkrankte und in 2 mal 24 Stunden zu Grunde gegangen ist. Bei der Autopsie erwies es sich, dass eine acute Pancreasnecrose vorgelegen hatte. Der Pat. ist mit Schmerzen im Epigastrium nach dem Essen erkrankt, fühlte sich im Verlauf von ein Paar Stunden so unwohl, dass er sich zu Bett begeben musste. Es sind 2 Aerzte bei ihm gewesen, die eine Darmverschlingung bei ihm vermutet haben sollen. Am 29. April 1908 gegen 3 Uhr Mittags wurde ich zum Pat. consultiert und fand bereits einen vollständig verfallenen Mann mit einem unregelmässigen, ungleichmässigen, kleinen Puls von 132—140 vor. Halo unter den Augen, graue Gesichtsfarbe, trockene, belegte Zunge, leichte Cyanose, beschleunigte, unregelmässige Atmung, dabei ein diffus hoch aufgetriebenes Epigastrium, sehr druckempfindliches Abdomen wurden von mir als Symptom einer allgemeinen Peritonitis angesehen. Die Quelle dieser Peritonitis musste im Bereich des Epigastriums gewesen sein, da vom Pat. jedesmal die Schmerzen nur im Epigastrium angegeben wurden. Auch die Druckempfindlichkeit war in den unteren Partien des Abdomens und auch in der Ileococcalgegend viel geringer als im Epigastrium. Mehr konnte man bei der hohen Auftreibung in der Bauchhöhle nicht constatieren. Am 29. April gegen 5 Uhr Abens wurde der Pat. ins Diaconissenhaus gebracht. Trotz Kochsalzinfusionen und mehrfacher Campferinjectionen gelang es uns nicht, den Puls zu heben, im Gegenteil der Pat. verfiel zusehends, so dass wir von der Operation Abstand nehmen mussten. Am 30. April 1908 um 1/23 Uhr Nachmittags, also gerade 2 mal 24 Stunden nach der Erkrankung trat der Exitus letalis ein. Pat. hatte mir angegeben, dass er früher dazwischen leichte Schmerzen im Epigastrium verspürt hätte, die seien aber nie derartig gewesen, dass er sich veranlasst gesehen hätte, einen Arzt deswegen zu consultieren. Im Juli 1907 trat ein ähnlicher Anfall, wie dieses Mal auf, der circa 3 Tage dauerte und wieder von selbst vorübergegangen war. Sonst ist der Pat. immer gesund und kein starker Raucher oder Trinker gewesen. Dieses Mal hatten sich im Beginn der Erkrankung Uebelkeit und Erbrechen eingestellt; jedoch schwanden diese Erscheinungen später, und der Pat. hatte im Diaconissenhause gleich nach seiner Ankunft 3 Mal Stuhl gehabt, was gegen einen Darmverschluss sprach.

Bei der Autopsie fanden wir ausgedehnte Fettgewebsnecrosen am grossen und kleinen Netz, am Mesocolon, an der Radix Mesenterii und namentlich in der Bursa omentalis. In der freien Bauchhöhle befand sich leicht getrübtes haemorrhagisch-seröses Exsudat, namentlich in der Ileo-coecalgegend, im kleinen Becken. Appendix normal. Die Fettgewebsnecrosen am Netz kann ich Ihnen hier demonstrieren. Die Leber war ganz hell-gelb verfärbt, fettig degeneriert. Die Gallenblase ist ganz verändert, mit der Umgebung fest verbacken, mit einer Menge von Steinen ausgefüllt. Die Wandungen der Gallenblase sind schwartig verdickt. Die Milz war vergrössert, vollständig schlaff und das Parenchym erweicht, dunkelrot verfärbt, trübe, zum Teil verflüssigt. Die ganze Umgebung des beträchtlich vergrösserten und vollständig harten Pancreas war mit einer serös-haemorrhagischen Flüssigkeit diffus imbibiert und daher vollständig im Zerfall begriffen. Das das Pancreas umgebende Fett mit ausgedehnten weissen, zum Teil schon schwarz verfärbten, necrotischen Flecken behaftet. Das Pancreas selbst, das Sie hier sehen, ist beträchtlich verdickt und zeigte auf dem Durchschnitt die bekannte marmorierte Zeichnung, enthielt in seiner ganzen Ausdehnung überall zerstreute weisse Necrosen, das Parenchym war diffus gerötet. Im Pancreaskopf sehen Sie den aufgeschnittenen Ductus choledochus, der an dieser Stelle spindelförmig erweitert ist und bei der Section eine vollständig getrübte Galle enthielt, was seinen Wänden zum Teil auch jetz noch anzusehen ist. In seinem Verlauf zur Papilla Vateri hin wird er, wie Sie sehen, ganz eng, blass und narbig, so dass ich mit einer dünnen Sonde hier nur mit Mühe habe das Lumen passieren können. Dieser Befund ist insofern wichtig, als bei einem Teil (nach Truhart 16,5 pCt.) der Fälle die Gallensteine in der Erkrankung der Bauchspeicheldrüse eine wichtige Rolle spielen. Ist die Papilla Vateri verstopft, der Ductus choledochus stark dilatiert, so kann die Galle und, wenn sie inficiert ist, so mit ihr auch die Infection durch den Ductus pancreaticus in die Bauchspeicheldrüse gelangen und auf diese Weise die acute Pancreatitis zustande bringen. Dass hier auch eine infectiöse Pancreatitis vorlag, beweist uns die Temperatur, die bei der Aufnahme ins Diaconissenhaus bis 39,4° gestiegen war. Ausserdem spricht die septische Milz für einen infectiösen Process. Jedoch braucht die acute Pancreasnecrose nicht immer durch eine Infection bedingt zu sein; nach Truhart sind 223 Fälle bacteriologisch untersucht worden, und nur 34 Mal hat man Bacterien in der Drüse gefunden. Also es muss in einer grossen Anzahl der Fälle von acuter Pancreatitis eine andere Ursache der Entstehung, als Infection und Gallensteine geben. Und tatsächlich habe ich in den 3 Fällen, von denen ich Ihnen früher berichtet hatte, keine Gallensteine finden können, und die Temperatur war in den ersten von mir behandelten 3 Fällen nicht erhöht. Welche ätiologischen Momente sonst noch bei dieser Erkrankung in Betracht zu ziehen sind, steht heutzutage wissenschaftlich noch nicht fest. In Bezug auf den Verlauf der Krankheit ist es wichtig, hervorzuheben, dass Guleke experimentell an Hunden Folgendes beobachtet hat: ist mehr als die Hälfte der Bauchspeicheldrüse erkrankt, so erfolgt der Tod des Tieres; auch sei der Grad der secretorischen Tätigkeit des Pancreas im Moment der Erkrankung von grosser Bedeutung. Erkrankt die Drüse im Moment der höchsten secretorischen Tätigkeit, so erfolgt eine viel raschere Vergiftung des Organismus. In den Fällen, die ich an Menschen beobachtet habe, habe ich 3 Mal eine diffuse Necrose des Pankreas gefunden, und diese 3 Patienten sind gestorben. 1 Mal handelte es sich um eine Entzündung im Pancreaskopf, der Schwanz war vollständig zart und gesund. In diesem Fall ist die Frau durch die Operation, die am ersten Tage der Erkrankung von mir ausgeführt worden war, gesund geworden.

In Anbetracht des rapiden Verlaufs und der Gefahr infolge einer diffusen Beteiligung der Bauchspeicheldrüse ist es wichtig, dass solche Fälle, wenn irgend möglich, gleich am ersten Tage der Erkrankung diagnosticiert und operiert werden. Nur im Falle einer frühzeitigen Operation ist eine Rettung möglich. Die sehr interessante Frage, ob die acute Pancreatitis immer erst nur einen Teil der Drüse befällt, um dann sich rapid auf das ganze Organ auszubreiten, oder ob es auch Fälle giebt, wo von vorne herein das ganze Pancreas diffus erkrankt ist, muss heutzutage noch offen gelassen werden.

Für die Praxis ist es wichtig, zu wissen, dass der Tod des Patienten als eine Folge der Vergiftung durch das aus dem Pancreas ausgetretene Pancreassecret zu betrachten ist, natürlich gesellt sich in einzelnen Fällen die Allgemeininfection und die Peritonitis dazu. Guleke hat aber experimentell nachgewiesen, dass das Secret einer gesunden Bauchspeicheldrüse den Tod eines Hundes verursachen kann, wenn es in genügender Menge vom Organismus aufgesogen wird. Auch Trypsin (Grübler) hat nach seiner Beobachtung dieselbe Wirkung, und er hat Hunde mit Trypsin immunisiert. Solche Tiere vertrugen eine Dosis von Pancreassecret ganz gut, an welcher die nicht immunisierten starben.

Jedenfalls muss heutzutage die Tatsache als feststehend betrachtet werden, dass die Todesursache im Falle einer acuten Pancreasnecrose darin zu suchen ist, dass der menschliche Organismus das aus der Drüse ausgetretene Secret aufsaugt und dadurch vergiftet wird. Von der Ausdehnung des Processes in der Drüse selbst und von der Menge des vom Organismus aufgesogenen Pancreassecrets hängt also die Prognose in jedem einzelnen Falle ab.

Discussion:

Dr. P. Klemm bemerkt, dass die vorgetragenen Fälle unter die Diagnose acute Pancreasnecrose zu rubricieren sind. Es gebe jedoch auch Fälle von Pancreasnecrose, die einen chronischen Verlauf nehmen, die zum Unterschiede von der erstgenannten nicht so stürmisch verlaufen, ja zeit-

weise einen Rückgang der Erscheinungen aufweisen können. Redner referiert über einen 51-jährigen Patienten mit starkem panniculus, der früher stets gesund gewesen zu sein angiebt. Die Erkrankung trat plötzlich unter heftigen Schmerzen im Epigastrium, Stuhlverhaltung und Erbrechen auf, doch habe sich bald ein Nachlassen der Erscheinungen constatieren lassen. Die Temperatur sei leicht erhöht gewesen. Nach Verlauf von 2 Wochen habe Redner folgenden status aufnehmen können. Temperatur unter 38,2, Leib aufgetrieben, infolge des energischen Widerstandes der Musculatur schwer zu palpieren. In der Gegend zwischen Nabel und Rippenrand eine empfindliche Resistenz. Die Beziehungen derselben zur Leber nicht absolut klar, doch wenig wahrscheinlich; die Abhängigkeit der Resistenz von der Milz konnte ausgeschlossen werden. Urin frei. Bei Eröffnung des Abdomens sei Redner in eine Höhle gelangt, aus der zerfetzte Massen hervordrangen. Der Herd konnte mit ziemlicher Sicherheit trotz der bestehenden Verwachsungen in die Gegend des Pancreas verlegt werden. Trotzdem die necrotischen Fetzen nicht mikroskopiert worden sind, glaubt Redner doch dieselben mit einer vom Pancreas ausgehenden chronischen Necrose in Zusammenhang bringen zu können. Die ganze Configuration des Krankheitsbildes sowohl als auch die Lage des Herdes spreche gleichfalls für diese Annahme.

Dr. Bornhaupt. Fälle, wo eine partielle Pancreasnecrose in ihrer weiteren Entwicklung zu einem Abscess, also zur Vereiterung geführt hatte, und wo dann bei Eröffnung dieses Abscesses mit dem Eiter Pancreassequester sich abgestossen hatten, sind in der Literatur mehrfach beschrieben worden (Körte, Bretano etc.). Auf Grund solcher Beobachtungen sah sich anfangs Körte sogar veranlasst, für eine abwartende Therapie bei einer acuten Pancreatitis einzutreten; man sollte erst dann operieren, wenn eine circumscripte Eiterung nachzuweisen sei. Diesen Standpunkt hat Körte jetzt jedoch zu Gunsten einer frühzeitigen Operation aufgegeben, weil eben der rapide Verlauf einer acuten Pancreatitis der häufigere ist. Ich habe selbst einen Fall von einer chronisch verlaufenden, zur Eiterung führenden Pancreatitis nicht gesehen und weiss daher nicht, ob im Beginn der Erkrankung ein Unterschied in den klinischen Bildern besteht. An einer grösseren Reihe von Beobachtungen liesse sich aber doch vielleicht ein Unterschied in den Erscheinungen constatieren, um in Bezug auf die Therapie die Fälle dann dementsprechend individualisieren zu können.

ad. p. 5 der Tagesordnung. Dr. Voss hält seinen angekündigten Vortrag über das Thema: «Muss bei Sinusthrombose das Foramen jugulare eröffnet werden?»

Nach einer historischen Einleitung, in welcher Voss die Verdienste der englischen Chirurgen, speciell Lanes, um die operative Behandlung der Sinusthrombose hervorhebt, demonstriert er an der Hand einer Zeichnung ein Verfahren, den Bulbus venae jugularis und den oberen Teil der Vene, von einem Schnitte aus ohne Eröffnung des Foromen jugulare freizulegen.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

1874. Sitzung vom 21. Mai 1908.

Anwesend 38 Mitglieder.

Das Protocoll der Sitzung vom 7. Mai 1908 wird verlesen und angenommen.

Punct I. Dr. von Krüdener demonstriert das Präparat eines enucleirten Auges, das bei einer Pulverexplosion zu Grunde gegangen war und in dessen durchschnittenem Bulbus sich ein Papierpfropf befindet, der deutlich lesbare Druckbuchstaben enthält.

II. Dr. von Krüdener über Trachomparasiten. Ueber Zell-Parasiten bei Trachom. — Anschliessend an die Arbeiten von Prowazek, Greef, Frosch, Clausen (1907, 1908) und seine eigenen aus dem Jahre 1895, bespricht Vortr. die Resultate neuerer Untersuchungen bei Trachom. Die Epithelien der normalen und acut entzündeten Conjunctiva zeigen nach Giemsa gefärbt keine Einlagerungen; das Protoplasma erscheint gleichmässig hellblau, der Kern rosa und die Kernkörperchen blau. Bei Trachom treten in dem Protoplasma gerne hart am Kerne, bisweilen von diesem getrennt, dunkle, blaue, zum Teil scharf begrenzte, zum Teil jedoch völlig ungleichmässig konturierte Gebilde auf, welche an der einen Seite leicht abgeplattet sind. Die tiefblaue Körnung, hin und wieder durch strichförmige Verbindungen geädert, erstreckt sich gelegentlich über das ganze Protoplasma, die Hülle des Zellkernes, welche dem blauen Gebilde zugewandt ist, erscheint bei einzelnen Zellen unterbrochen, und garbenförmig verliert sich der Kern hier in dem Protoplasma; in letzterem beginnt jetzt die rote Farbe vorzuherrschen, und wir sehen das Auftreten der von v. Prowazek beschriebenen roten bis rot-violetten Kleingebilde. An der Peripherie der Zelle erscheinen nun weitere blaue, gekörnte Gebilde, aber von mehr runder Form in grösserer Zahl. Viele Zellen verlieren vollkommen ihr Protoplasma; der Kern liegt frei, und an einem seiner ovalen Enden hängt dann ein rundes bläuliches Gebilde, welches den Eindruck eines Schleimconglomerates mit froschlaichähnlicher Körnung macht. Die roten Kleingebilde sollen nach Prowazek die Träger des Virus bei Trachom sein. Ein gesunder Skepticismus wird hier wie überal am Platze sein, wir werden uns aber andererseits willig weiterer Erkenntnis zuwenden. Vortragender demonstriert eine Reihe von Präparaten mit Conglomerat- und Kleingebilden.

Discussion:

Dr. Brutzer erkundigt sich nach der Färbbarkeit des Mantels der Parasiten und ob sie säurefest seien.

Dr. v. Krüdener: Ueber die Färbbarkeit des Mantels der Parasiten lässt sich bis jetzt wenig Sicheres sagen. Am besten sichtbar gemacht werden sie durch Giemsa-Färbung 6 bis 10 Stunden. Sie sind Gram-negativ; Greef, Frosch, Clausen haben ihre Trachom-Coccen auch bei Färbung mit Fuchsin und Löfflerblau sehen können. Die Chlamydozoen, welche (cf. Prowazek) die Ursache verschiedener Krankheiten bilden sollen, wie Scharlach, Pocken, Tollwut, sind zum Teil in gallensauren Salzen löslich; vielleicht werden sich in späterer Zeit von derartigen Gesichtspuncten aus therapeutische Massnahmen ergreifen lassen, vorausgesetzt, dass die Annahmen richtig sind. Wenn ich die Präparate längere Zeit in Boraxlösung oder kurze Zeit in verdünnter Kalilauge liegen liess, konnte ich weder die grossen noch die kleinen Gebilde nachweisen. Bei der Schwierigkeit, die präsumtiven Parasiten überhaupt nachzuweisen, kann ich darüber nichts aussagen, ob die Gebilde Kapseln haben oder nicht. In einem der von mir heute gezeigten am Kern liegenden Gebilde, findet sich allerdings ein vollständig kapselähnlicher Rand, aber ich bemerke ausdrücklich, dass ich die schärfst begrenzten von meinen Präparaten ausgesucht habe. Auch über Säure-Festigkeit habe ich selbst keine sicheren Beobachtungen erheben können. Die Präparate stammen alle von acuten frischen Trachomen.

Ferner betont Dr. v. Krüdener in der Discussion, dass die Schwere der Erkrankung bei Trachom nicht von Rasse-Disposition abhängt. An der Wolga, wo viele Völkerschaften zusammen wohnen, konnte er die Erfahrung machen, dass das Trachom bei den Völkerschaften am stärksten auftritt, die culturell am niedrigsten stehen; die schwersten Formen fand er bei den Tschuwaschen; der Este hat durchschnittlich ein schwereres Trachom als der Lette. Bei den Inselbewohnern tritt die Krankheit durchschnittlich leichter auf, wie z. B. auf der Insel Oesel. Die von Schweden bewohnte Insel Runö schien bei einer augenärztlichen Enquete Dr. v. Krüdeners im Jahre 1895 frei von Trachom zu sein; durch eine eingewanderte Estin sind jetzt einige Leute inficiert. Sauberkeitsverhältnisse spielen also die Hauptrolle.

Dr. von Sengbusch
d. Z. Secretär.

Auszug aus den Protocollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

(Die Sitzungsberichte vom 25. April und 9. Mai 1908 sind zu einem Referat ungeeignet).

Sitzung vom 23. Mai 1908.

Vorsitzender: Kieseritzky (in Stellvertretung).
Schriftführer: Lackschewitz (in Stellvertretung).

Herr Rothberg berichtet über einen Fall von schwerer Ernährungsstörung bei einem viermonatlichen Brustkinde, die sich durch Regelung der Diät gut repariert hat, und demonstriert den kleinen Patienten, der sich bis auf leichte Rachitis in gutem Gesundheitszustande befindet.

Discussion:

Kieseritzky: Misserfolge bei reiner Mutterbrustnahrung sind immer ungewöhnlich, doch scheint es unwahrscheinlich, dass Mütter die viel geboren haben, im Allgemeinen eine Milch producieren, die schlecht vertragen wird. Meist handelt es sich dann um anämische, «verbrauchte» Individuen. Ob es sich in solchen Fällen um übergrossen Fettgehalt handelt, erscheint ihm fraglich; bei mikroskopischer Untersuchung auf Fettgehalt hat er nicht den Eindruck gewonnen. Es wird wohl die Schuld der Gesamtzusammensetzung der Milch zugeschoben werden müssen. Dass in diesem Falle Rachitis aufgetreten ist, ist nicht wunderbar; handelt es sich doch um ein Winterkind, noch dazu mit einer Ernährungsstörung, die als recht schwer bezeichnet werden muss. Bei der Entstehung

der Rachitis spielen offenbar das Fehlen von Licht und Sonne, schlechte Luft und ungenügende Wohnungsverhältnisse eine grosse Rolle.

Rothberg: Der Fettgehalt der Frauenmilch schwankt recht bedeutend zwischen 2% und 6%. Warum ein Teil der Kinder Muttermilch nicht verträgt, ist unklar; ob die Mutter daran die Schuld trägt, ist fraglich, vielleicht liegt es an der Constitution der Kinder. Jedenfalls hat Redner in solchen Fällen mit Fettzusatz zur Nahrung, wie ihn Biedert empfiehlt, oft schlechte Erfahrung gemacht.

Kieseritzky erinnert daran, dass vor einigen Jahren Mey-Riga auf dem livländischen Aerztetag die Behauptung aufgestellt hat, dass nur der Eisengehalt der Milch massgebend für ihre Güte sei. Das stimmt nicht mit der Praxis überein, was durch den Umstand bewiesen wird, dass einem Kinde die Milch einer Amme garnicht bekömmlich sein kann, während ein anderes bei derselben Milch vorzüglich gedeiht. Man kann also nicht sagen, diese oder jene Amme tauge nicht, sondern nur: diese Amme tauge für dieses Kind nicht.

Bresowsky macht darauf aufmerksam, dass nach G. Bunge der Eisengehalt der Milch garnicht in Betracht kommt, da der Gesammtbedarf des Kindes auf längere Zeit durch den in der Leber aufgespeicherten Eisenvorrat gedeckt ist.

Rothberg: Warum reicht aber dieser Eisenvorrat der Leber beim künstlich genährten Kinde nicht aus, wie wir es in der Praxis sehen? Das sind Widersprüche, die nicht so einfach zu lösen sind.

Sitzungen am 19. und 26. Sept. 1908.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

Herr Kramer hält an zwei Sitzungsabenden seinen angekündigten Vortrag: «Frühsymptome und specifische Diagnostik der Lungentuberculose».

(Der Vortrag erscheint in Nr. 49 der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift).

Discussion:

Rothberg hebt die Uebersichtlichkeit und Vollständigkeit von Kramers Vortrag hervor; er hat eigentlich nur einige Worte über die Diagnose mit Hilfe von Röntgenstrahlen vermisst. Des weiteren fragt er, wie es zu verstehen sei, wenn der Vortr. anführte, dass bei beginnender Tuberculose auch intermittierende Albuminurie vorkäme. Dieses Symptom, ebenso wie die bei Tuberculösen oft beobachtete Rötung des Zahnfleischsaumes, kommen auch bei ganz anderen Zuständen vor. Des Ferneren möchte Rothberg fragen, wie man zu handeln hat, wenn Tuberculin positiv reagiert, man aber nicht weiss, wo der Herd liegt? Ein weiterer, nicht unwesentlicher Einwand gegen zu häufige diagnostische Tuberculinanwendung dürfte der sein, dass bei manchen Patienten Hypochondrie dadurch gefördert werden könnte.

In Bezug auf die Pirquet'sche Reaction erwähnt Rothberg, dass er betreffend den Wert derselben als Diagnosticum bei Erwachsenen sich den Ausführungen des Vortragenden anschliessen muss. Anders jedoch in Bezug auf die Anwendung bei jüngeren Kindern und Säuglingen. Bei letzteren, wo die Diagnose der Tuberculose bekanntlich oft äusserst schwierig ist, besitzt das Pirquet'sche Verfahren, wie jetzt genugsam aus der Literatur zu ersehen ist, einen hohen Wert.

Kramer: Was die, besonders von Tissier hervorgehobene intermittierende Albuminurie anbetrifft, so ist sie nach den Erfahrungen des Vortragenden allerding für beginnende Tuberculose insofern characteristisch, als sie eine ungemein häufige Begleiterscheinung derselben bildet, ihr Vorhandensein also wohl den Verdacht auf einen tuberculösen Herd im Körper wachrufen kann.

Röntgenuntersuchungen hat Kramer absichtlich nicht erwähnt, weil deren Resultate noch nicht genügend geklärt sind. Vortragender ist sich dessen bewusst, dass er noch manche relativ wichtige Punkte nicht erwähnt hat, aber mit Absicht, denn um auch nur die wichtigsten und allgemein anerkannten Tatsachen mit Vollständigkeit zu bringen, dazu reichten zwei Vortragsabende kaum aus; z. B. hat Kramer die sehr wertvolle Krönig'sche Spitzenfeldpercussion nicht erwähnt, er hat eben nur von den Percussionsergebnissen im Allgemeinen gesprochen.

Was eine positive Reaction bei unbekannter Lage des Herdes anlangt, so ist zu bemerken, dass die locale Diagnose überhaupt noch ein etwas wunder Punct ist, man soll aber, wie schon im Vortrag betont wurde, die Tuberculindiagnostik nicht als ein Ding für sich betrachten, sondern nur in Combination mit anderen Untersuchungsmethoden. Kramer glaubt nicht, dass die Pirquet'sche Reaction sich immer deckt mit dem anatomischen Befund, Pirquet selbst gibt 28% Versager der Reaction an. Bei Kindern unter zwei Jahren scheint die Cutanimpfung tatsächlich sehr gut zu sein, Kramer gibt aber zu, dass sein Urteil etwas subjectiv gefärbt sein kann, da er bei allerdings kleinem Material, recht viel Versager erlebt hat.

Was die Hypochondriegefahr anbetrifft, so ist eine solche natürlich möglich, und hier und da wird sie stets vorkommen, der Arzt hat aber doch die Möglichkeit, durch sein persönliches Auftreten solches sehr einzuschränken. Wer starke Anlage zur Hypochondrie hat, wird von ihr erfasst, sowohl mit wie ohne Tuberculin; Phthiseophoben hat es auch vor der Tuberculinära gegeben.

Kieseritzky: Die Tuberculinreaction ist eine entschiedene Bereicherung unseres Könnens und da wir die Pflicht haben, aufklärend zu wirken, so müssen wir alle zu Gebote stehenden Mittel anwenden; die Hypochondriegefahr hält Kieseritzky bei wichtigem Vorgehen nicht für gross. Der Pirquet'schen Methode möchte Kieseritzky doch eine grössere Bedeutung beimessen wie der Vortragende. Was ihre Verwendbarkeit betrifft, so ist dieselbe um so wertvoller und sicherer, je jünger das Kind ist. Nach Pirquet kann ein positiver Ausfall der Impfung bei Kindern unter 6 Monaten stets für die Prognose als infaust betrachtet werden, aber auch bei Kindern unter einem Jahre pflegt die Prognose schlecht zu sein. In Wien, bei den zahlreichen scrophulösen und rachitischen Kindern ist die Reaction sehr häufig positiv, so dass bei dem Material, welches Pirquet zur Verfügung steht, fast ausnahmslos eine positive Reaction eintritt und zwar stets in sehr intensiver Form. Auch die Stärke der Reaction erlaubt manche Schlüsse zu ziehen. Auf Grund dieser Erfahrungen und der Beobachtungen, welche Kieseritzky hier an einem allerdings nur kleinen Material hat machen können, hat er die Ueberzeugung gewonnen, dass die Pirquet'sche Impfung ein wertvolles und sicheres Hilfsmittel für die Diagnosestellung in zweifelhaften Fällen ist. Die früher gebräuchliche 25%-Lösung ist zu schwach, man braucht viel stärkere.

Die Ophthalmoreaction wird in Wien garnicht ausgeführt wegen ihrer grossen Gefährlichkeit und häufig zu stark einsetzenden Reaction.

Kramer verweist auf seine Antwort an Rothberg, ausserdem kann er sagen, dass er mit der Pirquet'schen Reaction keine zuverlässigen Resultate gehabt hat und andererseits mit Tuberculininjectionen wieder so gute, dass er kein Bedürfnis nach den anderen Methoden gehabt hat; Kramer verweist auf Binswanger, der an einem Material von 261 Säuglingen mit der subcutanen Reaction ausgezeichnete Resultate erzielt und dabei nie auch nur die geringste Schädigung gesehen hat. Was die Erfahrung Kieseritzkys anbelangt, dass frische Fälle stärker, ältere Fälle schlechter reagieren, verweist Kramer auf die analogen Beobachtungen Cohns.

Was die Ausführung der Pirquetschen Reaction anlangt, so riet Pirquet selbst anfangs zur Benutzung einer 33%, später einer 25% Lösung; jetzt benutzt er nur das reine Alttuberculin. Kramer geht so vor, dass er von den drei gesetzten Stichen, den einen mit 25%-Lösung, den zweiten mit reinem Alttuberculin beschickt und den dritten unbehandelt lässt. Die Ophthalmoreaction hat Kramer bei Kindern lieber unterlassen.

Rothberg hat nicht bestreiten wollen, dass die Tuberculinreaction eine Bereicherung unseres diagnostischen Könnens ist, nur soll sie mit Vorsicht angewendet werden und dort, wo wir eine sichere Localdiagnose stellen können. Rothberg's Pessimismus bezieht sich mehr auf die Therapie. Am meisten Aussicht hat die Prophylaxe, hier haben wir noch genügend viel Aufgaben zu lösen (z. B. Ehen Tuberculöser etc.), die socialen Verhältnisse bieten noch eine Reihe von Problemen.

Russow macht auf die Incongruenz von Sahlis und Turbans Angaben über das saccadierte Atmen aufmerksam. Nach dem Referat des Vortragenden nennt Turban das saccadierte Atmen eine Modification des verschärften Atmens; nach Sahli ist das saccadierte eine Abart des rauhen Atmens — aber darin sind doch alle einig, dass rauhes und verschärftes Atmen etwas Grundverschiedenes sind und eine total verschiedene Bedeutung haben.

Dehio möchte zur practischen Seite der Frage bemerken dass die Petersburger Aerzte, die sich viel mit Tuberculose beschäftigen, wie z. B. E. Masing in Ampullen eingeschmolzenes, fertig verdünntes Tuberculin aus dem Pöhlschen Laboratorium anwenden. Er fragt, ob das eine Ersparnis bedeutet.

Kramer: Das Pöhlsche Präparat ist K. nicht bekannt. Eine Berliner Firma (Hadraapotheke, Berlin C) verkauft Ampullen für Einzelinjectionen mit 20 Pfg. pro Stück, bei seltener Anwendung dürfte das sehr practisch sein. Bei häufigem Gebrauch zieht K. das Alttuberculin in Merkscher Originalverpackung vor, zumal auch die angebrauchten Flaschen lange haltbar sind.

Kieseritzky hebt gleichfalls die gute Haltbarkeit des gewöhnlichen Alttuberculins hervor, das er seit dem Mai stets zur Pirquetschen Reaction benutzt, und zwar wendet er es unverdünnt an; den nicht mit Tuberculin beschickten dritten Einstich betupft er mit 10% Carbolglycerin. Was die Anwendung der Cutanreaction anlangt, so glaubt K., dass dieselbe wohl häufiger die Injectionsmethode ersetzen könnte. Schon das Publicum zwingt einen dazu, denn der Virchow'sche Ausspruch von der Mobilisierung der Herde nach Tuberculineinspritzung hat das Publicum so kopfscheu gemacht, dass man froh sein kann, in der Pirquetschen Reaction einen Ersatz zu haben.

Kramer ist damit einverstanden und hält es für wichtig, um allmählich das Vorurteil dem Publicum zu nehmen, solches zunächst bei den Aerzten zu zerstreuen.

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 1. April 1908.

1. Ischreyt demonstriert einen Patienten mit Augenveränderungen infolge von Ichthyosis. Das Hautleiden soll seit der Geburt bestehen, und ist bereits von vielen Aerzten erfolglos behandelt worden. Pat. kommt wegen einer allmählichen Verdunkelung der Augen. Die Haut des Gesichts ist trocken und blättert in grossen Schuppen ab; oben um den Mund feine radiäre Fältchen; auf den Wangen und dem Kinn kleine Teleangiectasien. Eczematöse Verdickung. Die Haut der unteren Lider ist glatt, ohne Falten, wie gedehnt, an ihr ist eine Schuppenbildung nicht vorhanden. Die unteren Lider ectropioniert, so dass die Schleimhaut auf 2—3 mm. sichtbar wird. Cilien oben und unten von normaler Anordnung und Zahl. Das obere Lid ist verdickt, anscheinend auf Kosten der mittleren und inneren Teile, so dass das Ectropionieren nicht ganz leicht vor sich geht. Die Conjunctiva palp. ist mässig gerötet und verdickt, ohne Follikel. Auf beiden Hornhäuten finden sich an verschiedenen Stellen, teils im Gebiete der Lidspalte, teils in dem oberen, vom Lide bedeckten Abschnitt, unregelmässige aber meist ziemlich scharf begrenzte, grössere und kleinere Trübungen von weisslicher Farbe. Dadurch dass sie z. T. über die Hornhaut oberflächlich prominieren, machen sie den Eindruck von unscheinbaren Verdickungen der oberflächlichen Hornhautepithellagen. An der rechten Hornhaut findet sich innen ausserdem noch eine pterygiumartige, zu einem unregelmässigen Fleck ziehende Schleimhautfalte. Die linke Linse ist cataractös. In der Literatur finden sich mehrfach Angaben über Ektropion und Hornhautflecke bei Ichthyosis. Das Ektropion lässt sich ohne weiteres aus der Verkürzung der Wangen und Lidhaut erklären. Die Hornhautentzündungen als Ursache der Fleckenbildung werden als indirecte Folge des mangelhaften Lidschlusses aufgefasst. Das Aussehen der Flecke in dem vorliegenden Falle legt die Vermutung nahe, dass es sich um partielle Verdickungen des Hornhautepithels handelt, — analog den Vorgängen an der Haut. Selbstverständlich liesse sich diese Frage nur dann einwandsfrei entscheiden, wenn der Zufall ein derartiges Auge zur Section kommen liesse.

(Autoreferat.)

2. Falk stellt einen Kranken vor, der an schwerer Alcoholepilepsie leidet und eines Tages seine ganze Uvula nebst angrenzenden Teilen des weichen Gaumens ausgespieen hatte. Irgendwelche Symptome von Lues resp. Tuberculose fehlen gänzlich, wie denn auch die Rachenwunde schnell und ohne besondere Therapie heilte. Es habe sich hier vermutlich um eine ischämische Gangrän gehandelt.

3. Brehm stellt einen Kranken vor, der von ihm wegen Incarceration einer Nabelhernie operiert wurde und zwar unter Localanästhesie. Dabei wurde die Infiltrationsmethode nach Schleich mit der von Hackenbruchschen Methode der Leitungsunterbrechung combiniert, und diese Combination erwies sich als sehr wirksam, so dass die schwierige Operation (starke Verwachsungen, ausgedehnte Netzresection und Resection einer ca. 90 cm. langen gangränösen Darmschlinge) ohne nennenswerten Schmerz ausgeführt werden konnte. Die Anästhesie hielt in der Tiefe über eine Stunde an, die Hautnähte schmerzten. Der Kranke leidet an schwerem Emphysem, Myocarditis und Dilatatio cordis, so dass jede Art von Allgemeinnarcose und auch die medulläre Anästhesie bedenklich resp. ausgeschlossen war.

4. Brehm stellt einen Kranken vor, dem er durch Oesophagotomie einen fast unterhalb des Ringknorpels eingekeilten spitzen Gänseknochen entfernte. Das neuerdings von Thiemann empfohlene Emporschieben des Fremdkörpers aus dem freigelegten, aber nicht eröffneten Oesophagus in den Rachen gelang hier nicht, da der spitze Knochen sich fest in die Wand eingebohrt hatte. Die mit Catgut ausgeführte Oesophagusnaht wurde am 9. Tage etwas insufficient.

5. Brehm demonstriert einen von ihm exstirpierten, kolossalen Nierensack. Es handelt sich um eine Pyonephrose, die sich aus einer intermittierenden Hydronephrose entwickelt hatte und schon über ein halbes Jahr bestand. Da die Kranke sich in einem desolaten Zustande befand und nur ca. 300 ccm. Harn producierte, der noch zu einem Viertel aus Eiter bestand, so galt es, ein sicheres Urteil über die 2. Niere zu gewinnen. Bei der Cystoskopie sah man aus dem rechten Urether eine dicke Eiterwurst austreten, der linke Urether schien garnicht zu arbeiten, und der in ihn eingeführte Catheter (Dr. Alksne) brachte im Verlauf einer Stunde nur einige Tropfen Harn. Bei einer später wiederholten Cystoskopie nach vorausgeschickter intramusculärer Injection von Indigocarmin sah man rechts wieder die Eiterwurst, links aber reichlich Harn, der gräulich tingiert war, auf den Ureterenkatheterismus ging die Kranke nicht ein. Die Exstirpation bot technische Schwierigkeiten, da recht starke Verbackungen mit der Vena cava und dem Zwerchfell bestanden. Beim Aufschneiden des exstirpierten Sackes entleerten sich 500 ccm. Eiter, vom Nierenparenchym sind keine Spuren mehr vorhanden.

(Autoreferat.)

Discussion.

Alksne glaubt auch, dass es sich hier um eine alte Wanderniere handeln müsse, an dem Präparat erkenne man sehr deutlich eine Falte am Nierenbecken, die durch das Herabsinken der Niere entstehe, wobei der Ureter nicht folge. Diese Falte wirke als Ventil und hindere den Harnabfluss, wodurch das Entstehen einer Hydronephrose begünstigt werde. In frühen Stadien der Erkrankung seien plastische Operationen empfohlen worden. Die betreffende Falte lasse sich auch künstlich hervorbringen, wie er es selbst an Hunden mit Erfolg versucht habe.

6. Alksne demonstriert die Präparate zweier von ihm exstirpierten tuberculöser Hoden. Bei beiden sieht man neben der exquisiten Erkrankung der Nebenhoden auch schon Tuberkeln in den Hoden selbst; bei einem geht eine Fistel vom Nebenhoden quer durch den Hoden.

7. Zoepffel referiert über einen Fall von Henochscher Krankheit (abdominaler Purpura), den er in den letzten Wochen zu beobachten Gelegenheit hatte.

Antonie M., 11 a. n., stammt von gesunden Eltern und ist in Süd-Afrika, wo sie bis vor Kurzem gelebt hat, immer gesund gewesen. Vor ca. 10 Tagen, d. h. bald nach ihrer Ankunft in Libau, erkrankte sie an allgemeinem Unwohlsein, Appetitlosigkeit und Durchfällen (flüssig, ohne Blutbeimengungen). Seit 4—5 Tagen Sistieren derselben, aber Auftreten von Schwellungen und Schmerzen beider Fussgelenke und von verbreiteten punct. bis erbsengrossen Blutaustritten unter die Haut des ganzen Körpers, welche auf beiden Fussrücken confluierten. Am 24. III. wurde Ref. zur Kranken, die bis dahin mit Hausmitteln behandelt worden war, geholt, weil sich unstillbares Erbrechen von anfangs farblosem, dann grünlichem Schleim und schliesslich von blutigen dunklen Massen eingestellt hatte. Dabei heftige Koliken und Entleerung von jetzt diarrhoischen blutigen Stühlen. Enorme Druckempfindlichkeit des ganzen sehr aufgetriebenen Abdomens. Zugleich trat Schwellung beider Schulter- und mehrerer Gelenke der Halswirbelsäule auf, so dass der Zustand ein äusserst qualvoller wurde. Durch die vollständige Anorexie resp. das Unvermögen, etwas bei sich zu behalten, und die Schmerzen kam die Kranke rasch herunter. Organbefund, insbesondere Herz und Nieren normal. Mundschleimhaut normal, dagegen an einem Tage (31./III.) Nasenbluten. Am 1./IV. entwickelte sich eine linksseitige Pleuritis, die sich aber in 6 Tagen wieder zurückbildete, wobei sich in diesen Tagen die Körpertemperatur bis auf 38,8 erhob, während sie sich sonst während der Krankheit in mässigen Grenzen (—37,6) hielt. Die Blut-Untersuchung ergab Verminderung der Blutkörperchen und eine Poikilocytose.

Die Therapie richtete sich in erster Linie gegen das profuse und hartnäckige Erbrechen: Zufuhr von eisgekühlter, flüssiger Nahrung in kleinen Portionen, Eisbeutel auf das Abdomen und grössere Gaben von Morphium und Cocain, denen tinct. belladonnae zugesetzt wurde, da ja Atropin in solchen Fällen von Hecker empfohlen wurde, und dann Gelatine innerlich. Nachdem zuerst das Erbrechen, dann auch die Durchfälle aufgehört hatten, gingen auch die Gelenkschwellungen allmählich zurück; die mehrfachen Nachschübe der Purpura-Eruptionen, die übrigens an den befallenen Gelenken sowie an den Ellenbogen- und Kniegelenken am dichtesten auftraten, bildeten sich zurück, und Pat. konnte am 18./IV. aus der Behandlung genesen entlassen werden.

Diese Erkrankung, die zuerst von Henoch 1874 beschrieben worden ist, scheint bei uns sehr selten zu sein, da sie — vom Ref. wenigstens — in einer fast 20-jährigen Praxis nur

dreimal beobachtet worden ist. — Natürlich ist sie keine Erkrankung sui generis, sondern eine Localisation einer Purpura im Gebiet des Intestinaltractus.

(Autoreferat).

Discussion.

Michelson betont, dass die sogenannte Henoch'sche Krankheit oft diagnostisch nicht gegen Morbus maculos. Werlhofi abzugrenzen sei, er habe in Berlin bei Prof. Klemperer einen derartigen Fall gesehen.

Alksne meint auch, dass auf diesem Gebiete noch nicht völlige Klarheit herrsche, Wilh. Koch habe alle diese Krankheitsbilder unter den Begriff des Scorbut subsummiert.

Schmähmann hält es für practischer, doch die Krankheitsbilder nach Möglichkeit auseinander zu halten, und macht auf eine Reihe differentialdiagnostischer Anhaltspuncte aufmerksam.

Siebert erwähnt, dass auch die Malaria ähnliche Bilder hervorrufen könne.

Präses: Zoepffel.
Secretär: Brehm.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Die am 1 Mai 1908 hierselbst ins Leben getretene Gesellschaft zur Bekämpfung des Krebses zählt bereits an 400 Mitglieder. Die Mehrzahl der Mitglieder sind bis jetzt Aerzte und es bleibt zu erhoffen, dass auch weitere Kreise des gebildeten Publicums durch Eintritt in den Verein die sympathischen Ziele derselben fördern werden. Den Vorstand bilden als Präses der Kammerherr Seiner Majestät A. W. Prisëlkoff, als Vicepräses Prof. N. J. Ratschinsky, als Secretär Dr. F. Weber und als Schatzmeister Dr. W. Beckmann, ausserdem sitzen noch 12 Personen im Verwaltungsrat. Der Verein ist der internationalen Vereinigung für Krebsforschung, welche sich im Frühjahr dieses Jahres in Berlin (Vorsitzender Prof. v. Leyden) constituiert hat, beigetreten und hat im Auftrage derselben die Professoren Podwyssotzky, Ratschinsky, Weljaminow (Petersburg), Lewschin (Moskau) und Sawtschenko (Kasan) als Vertreter Russlands in den Vorstand der internationalen Vereinigung erwählt. Ferner hat der Vorstand des Vereins bei der Petersburger Stadtverwaltung darum petitioniert, dass ein Laboratorium eingerichtet werde, in dem unentgeltlich die mikroskopische Untersuchung von Tumoren und verdächtigen Gewebsteilen ausgeführt werden könnte. Die Stadtverwaltung hat dem entsprechend 500 Rbl. für die Einrichtung des Laboratoriums und 600 Rbl. jährlich als Honorar für den Laboranten ausgeworfen. Auf Empfehlung des Vorstandes der Gesellschaft zur Bekämpfung des Krebses ist die Aerztin K. P. Ulesko-Stroganowa, welche durch ihre Arbeiten auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie bekannt ist, als Laborantin angestellt, und ist das Laboratorium bereits eröffnet. Es befindet sich im Locale des städtischen Liteiny-Ambulatoriums (Ecke der Preobrashenskaja und Sapernyi 34/24, Teleph. 22755). Alle Collegen der Stadt und auch der Provinz werden gebeten, Untersuchungsobjecte an die genannte Adresse zu schicken; das Resultat der Untersuchung wird ihnen brieflich mitgeteilt werden. Ferner ist auf Initiative der Gesellschaft an 6 städtischen Ambulatorien ein gynäcologischer Krankenempfang 2 mal in der Woche eingerichtet worden, der von 6 von der Gesellschaft empfohlenen Gynäcologen bereits abgehalten wird. Für die Anschaffung des Instrumentariums dieser 6 Ambulatorien hat die Stadt zusammen 300 Rbl. assigniert, und die Aerzte werden mit je 2 Rbl. pro Empfangsstunde wie die übrigen Specialisten der städtischen Ambulatorien honoriert. Die Anweisung der erwähnten Mittel aus dem Stadtsäckel erreichte die Gesellschaft mit Hilfe der Mitwirkung des Präses der städtischen Sanitätskommission, Dr. A. Oppenheim, welcher sich dadurch den Dank der Gesellschaft erwarb. Da der Gebärmutterkrebs die am häufigsten vorkommende Krebsform ist, sah es die Gesellschaft zur Bekämpfung des Krebses als ihre erste Aufgabe an, mit der Bekämpfung des Gebärmutterkrebses zu beginnen. Hoffentlich schliessen sich daran noch weitere bereits projectierte Massregeln, deren Durchführung zunächst durch Mangel an Mitteln aufgehalten wird.

Gemäss dem Statut der Gesellschaft bilden die Mitglieder derselben, welche Aerzte oder Naturforscher sind, die sogenannte gelehrte Section der Gesellschaft. Es ist das eine vollständig autonome wissenschaftliche Gesellschaft mit eigenem Präsidium, dessen Aufgabe die Erforschung und Bekämpfung des Krebses bildet. Das Präsidium besteht aus dem Prof. Podwyssotzky als Präses, den Professoren Weljaminow und Wolkow als Vicepräsidenten und den Doctoren Geinatz und Hagen-Torn als Secretären. Die wissenschaftliche Section hat bereits 2 Sitzungen abgehalten und zunächst die Frage von der Krebsstatistik in Angriff genommen.

Alle Collegen, welche sich für die Erforschung und Bekämpfung des Krebses interessieren, werden dringend gebeten, sowohl selbst der Gesellschaft beizutreten als auch unter Bekannten und Patienten für die Gesellschaft Mitglieder zu werben oder Schenkungen zu erbitten. Der Jahresbeitrag beträgt nicht weniger als 3 Rbl. und ist an den Schatzmeister des Vereins Dr. W. Beckmann (Kowenski Per. 4, Teleph. 80—51) einzusenden.

— Dem V. Estländischen Aerztetag, der am 5. December in Reval zusammengetreten ist, wünschen wir Erfolg bei der Arbeit. Den Lesern, die sich dafür interessieren, bringen wir hier das Programm:

Donnerstag, den 4. December, abends, zwanglose Versammlung im Revaler Club. Freitag, den 5. December. I. Sitzung von 11 Uhr vormittags bis 2 Uhr nachmittags. 1. Eröffnung des V. Aerztetages. 2. Rechenschaftsbericht des Vorstandes. 3. Beratung über Vorschläge des Vorstandes: a) Creierung eines Ehrenmitgliedes. b) Vorschläge, betreffend die Berufung eines Baltischen Aerztecongresses. c) Laufende Angelegenheiten. 4. Bestimmung über die Höhe des Mitgliedbeitrages und von Ort und Zeit des nächsten Aerztetages. 5. Wahl des Vorstandes. 6. Dr. v. Wistinghausen-Reval. Mitteilungen aus der Estländischen Landessanitätscommission. 7. Dr. R. Baron Keyserling-Reval. Bericht aus der Estländischen Landes-Hebammenanstalt. 8. Dr. v. Nottbeck-Weissenstein (Commissionsbericht) Vorschläge zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten auf dem Lande. 9. Dr. v. z. Mühlen-Reval. (Commissionsbericht): Massnahmen zur Bekämpfung des Uteruskrebses. 10. Dr. Haller-Reval. Bericht über die Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose in Estland. 11. Dr. R. Baron Engelhardt-Riga. Das Genieproblem. II. Sitzung vom 4—7 Uhr. 1. Dr. Fick-Petersburg. Ueber paranephritische Abscesse. 2. Professor Dr. Zoege von Manteuffel-Dorpat. Ueber operative Behandlung der Lebercirrhose. 3. Dr. von Bergmann-Riga. Differentialdiagnose der Abdominaltumoren. 4. Dr. von Wistinghausen-Reval. Ueber die Diagnose des acuten Darmverschlusses (Referat). 5. Dr. Truhart-Dorpat. Diagnostik der Pancreaserkrankung. — Sonnabend, den 6. December. III. Sitzung von 10—1 Uhr. 1. Dr. Pangratz-Mariupol. Ueber neue Methoden der Frühdiagnose der Lungentuberculose. 2. Dr. Schawlow-Riga. Ueber die Behandlung schwerer Arthritiden. 3. Dr. Eichfuss-Dago-Kertell. Medicinische Genealogie. 4. Professor Dr. K. Dehio-Dorpat. Ueber die therapeutische Wirkung künstlich erzeugter Fieberzustände bei einigen Infectionskrankheiten. 5. Dr. Blacher-Petersburg. Ueber Scharlachbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie. IV. Sitzung von 2—4 Uhr. 1. Dr. Weiss-Reval. Arteriosclerose (Referat). 2. Dr. Haller-Reval. Die Arteriosclerose des Herzens und der Aorta (Referat). 3. Dr. von Hampeln-Riga. Ueber die seröse Expectoration bei Pleurapunctionen. 4. Dr. von Dehn-Reval. Zur internen Röntgendiagnostik. Sonntag, den 7. December. V. Sitzung von 10—1 Uhr. 1. Dr. Kupffer-Kuda. Ueber moderne Leprabehandlung. 2. Dr. Pallop-Reval. Zur Frage der Choleraschutzimpfung. 3. Dr. Keilmann-Riga. Massnahmen und Erfolge der öffentlichen Kinderfürsorge (Referat). 4. Privatdozent Dr. Paldrock-Dorpat. Demonstration seltener Hautkrankheiten. 5. Demonstrationen und kleinere Mitteilungen. VI. Sitzung von 4—6 Uhr. 1. Dr. von Kügelgen-Seewald. Ueber Verblödung. 2. Dr. Westphalen-Petersburg. Dauerresultate der internen Therapie des Ulcus ventriculi. 3) Dr. Greiffenhagen-Reval. Chirurgische Behandlung des Ulcus ventriculi. 4. Beratung etwaiger Instructionen für die Verwaltung. 6. Schluss des V. Aerztetages. — Sonnabend, den 6. December, 4 Uhr nachmittags, Sitzung der Revaler Filiale des St. Petersburger Aerztlichen Vereins zur gegenseitigen Hilfeleistung. Sonnabend, 6 Uhr nachmittags, Diner.

— Der Privatdocent der Militär-medicinischen Academie Dr. S. Jakowlew ist zum ausserordentlichen Professor für Dermatologie und Syphilis an der Universität zu Odessa ernannt und der Assistent der therapeutischen Klinik an derselben Academie, Dr. Ignatowskij — zum ausserordentlichen Prof. für specielle Pathologie und Therapie ebenfalls an der Universität zu Odessa.

— Am 30. November feierten die gegenwärtigen und früheren Mitarbeiter der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift, denen sich noch einige Collegen angeschlossen hatten, den früheren Redacteur der Wochenschrift, Herrn Dr. R. Wanach mit einem Fest-Diner, das sehr animiert verlief, und die dort gehaltenen Reden hinterliessen wohl bei den meisten Collegen den Eindruck, dass die Mitarbeiter der Wochenschrift nach wie vor, auch in kritischer Zeit, treu zusammenhalten, und jeder nach Kräften zum Gedeihen der

Wochenschrift beisteuert. Einige Mitarbeiter hatten sogar poetische Beiträge zu dem Abend geliefert, die wesentlich zur Belebung der Stimmung beitrugen.

— Der Stadt Saratow ist die Erlaubnis erteilt worden, eine Anleihe im Betrage von 1 Million Rubel zu machen zwecks Einführung der Canalisation. Sollte Petersburg wirklich auch in der Canalisationsfrage, wie inbezug auf manche andere Wohlfahrtseinrichtung, sich von einer Provinzialstadt überflügeln lassen?

— Auf Initiative des Chefs des Transbaikalbahn soll im nächsten Sommer in Kultuk ein Sanatorium für Eisenbahnbeamte eingerichtet werden, die an Neurasthenie, Blutarmut und anderen Erschöpfungskrankheiten leiden. Besondere Beachtung wird die Anwendung der physikalischen Behandlungsmethoden finden.

— Prof. A. v. Strümpell-Breslau soll an einziger Stelle für die Besetzung des durch den Tod Prof. Schrötters vacanten Lehrstuhles an der Wiener Universität in Vorschlag gebracht sein.

— Dr. C. Bucura in Wien hat sich als Privatdocent für Gynäcologie habilitiert.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Vom Beginn der Epidemie Starben
vom 23. bis 29. Nov.					
St. Petersburg mit den Vorstädten	171	66	24. Aug.	8415	3439
Gouv. St. Petersburg	6	3	27. »	378	181
Stadt Wologda	1	—	24. Nov.	1	—
vom 21. bis 27. Nov.					
Gouv. Saratow	1	—	8. Juli	1675	936
» Kostroma	1	—	2. Aug.	234	117
» Kiew	4	1	12. »	819	263
» Jekaterinoslaw	4	3	3. »	1142	554
Stadt Odessa	1	—	1. Sept.	19	14
Gouv. Taurien	1	1	13. Aug.	143	76
Gebiet der Don-Kosaken	41	24	22. Juli	2938	1402
Kuban-Gebiet	15	12	26. Aug.	1806	1013
Terek-Gebiet	15	10	13. »	560	296
Gouv. Tomsk	8	8	14. Sept.	830	438
Im Ganzen	269	128		18960	8729

— Vom 2. bis zum 3. December erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 18 Personen, starben 8, genasen 9, in Behandlung verblieben 264. Vom Beginn der Epidemie sind erkrankt 8609 Personen, gestorben 3462 Personen, genesen 4883 Personen.

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 16. November bis zum 22. November 600 Personen. Darunter an Typhus abdom. 48, Typh. exanth. 5, Febris recurrens 106, Pocken 9, Windpocken 11, Masern 46, Scharlach 71, Diphtherie 98, Cholera 127, acut. Magen-Darmkatarrh 41, anderen Infectionskrankheiten 38.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11665. Darunter Typhus abdominalis 626, Typhus exanth. 12, Febris recurrens 493, Scharlach 228, Masern 44, Diphtherie 138, Pocken 16, Windpocken 7, Cholera 219, crupöse Pneumonie 94, Tuberculose 466, Influenza 221, Erysipel 63, Keuchhusten 12, Lepra 1, Hautkrankheiten 55, Syphilis 500, venerische Krankheiten 399, acute Erkrankungen 1702, chronische Krankheiten 1436, chirurgische Krankheiten 1309, Geisteskrankheiten 3250, gynäcologische Krankheiten 221, Krankheiten des Wochenbetts 40, verschied. andere Krankheiten 81.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 690 + 62 Totgeborene + 47 in der vorigen Woche nicht registrierten Fälle. Darunter Typh. abd. 12, Febris recurrens 7, Pocken 2, Masern 11, Scharlach 25, Diphtherie 16, Keuchhusten 11, crupöse Pneumonie 23, katarrhalische Pneumonie 63, Erysipel 2, Influenza 6, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 19, Cholera 44, Magen-Darmkatarrh 26, andere Magen- und Darmerkrankungen 43, Alcoholismus 7, angeborene Schwäche 26, Marasmus senilis 21, andere Todesursachen 239.

— Nekrolog. 1) Am 7. Oct. starb die Aerztin L. Sokolowskaja-Denisewitsch, geb. 1871, pract. seit 1904. 2) Am 24. Nov. starb in Odessa der städtische Oberarzt, Dr. Eduard Lissner im Alter von 79 Jahren. 3) In Morschansk ist Dr. N. Tolotschinow am Flecktyphus gestorben. 4) Am 4. Dec. (n. St.) starb in Wien Dr. J. Schnabel, Professor der Ophthalmologie an der Universität. 5) In Würzburg starb im Alter von 72 Jahren der berühmte pathologische Anatom, Prof. G. Rindfleisch.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 9. Dec. 1908.

Tagesordnung: 1) Unterberger: Vererbung bei der Schwindsucht.
2) Fick: Ueber paranephritische Abscesse.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

— Diejenigen Vereinsmitglieder, die noch keinen Fragebogen für das biographische Album erhalten haben, werden ersucht, sich zwecks Zustellung eines solchen an den Präses, Dr. E. Blessig, Mochowaja 38, wenden zu wollen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Dec. 1908.

Tagesordnung: Prof. Zeidler: Ueber Neurexairese bei Trigeminusneuralgie.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

K. Ewald. Hilfsbuch z. Anlegen chirurg. Krankengeschichten. F. Deuticke. Leipzig u. Wien. 1909.
E. Riecke. Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten. G. Fischer. Jena 1909.
R. Tigerstedt. Hdb. d. physiol. Methodik. J. Hirzel. Leipzig. 1908.
F. Mracek. Atlas d. Syphilis u. d. vener. Krankheiten. J. F. Lehmann. München. 1908.
P. Th. Müller. Technik der serodiagnost. Methoden. G. Fischer. Jena. 1908.
H. Charas. Erste ärztliche Hilfe. W. Braumüller. Wien u. Leipzig. 1909.
M. Herz. Die sexuelle psychogene Herzneurose. W. Braumüller. Wien u. Leipzig. 1909.
M. Herz. Die Beeinträchtigung des Herzens durch Raummangel. W. Braumüller. Wien u. Leipzig. 1909.
Новооссельскій и Мамоновъ. Къ международной статистикѣ туберкулеза и рака. Сойкинъ. С. П. Б. 1908.
O. Grosser. Vergl. Anatomie d. Eihäute u. Placenten W. Braumüller. Wien u. Leipzig. 1909.
K. Knortz. Der menschliche Körper in Sage, Brauch etc. C. C. Kabitzsch. Würzburg. 1909.
M. Schnirer. Taschenbuch der Therapie. C. Kabitzsch. Würzburg. 1909.
Brügelmann. Migräne. J. F. Bergmann. Wiesbaden. 1907.
P. Reichel. Lehrbuch d. Nachbehandlung nach Operationen. J. F. Bergmann. Wiesbaden. 1907.
П. К. Галлеръ. Проказа въ Сарат. губ. Докладъ IX съѣзду земск. вр. Сар. губ. 1908.
L. Edinger. Der Anteil der Function an d. Entstehung v. Nervenkrankheiten. J. F. Bergmann. Wiesbaden. 1908.
Schott. Acute Ueberanstrengung des Herzens und deren Behandlung. J. F. Bergmann. Wiesbaden. 1908.
F. Rötzer. Uebungsbuch für Schwerhörige und Ertaubte. R. Oldenburg. München u. Berlin. 1908.
H. Triepel. Die trajectionellen Structuren. J. F. Bergmann. Wiesbaden. 1908.

SANGUINAL KREWEL.

Krewels Sanguinal-Pillen und Liquor Sanguinalis Krewel enthalten das Eisen in den natürlichen Blutsalzen in leicht resorbierbarer gutbekömmlicher und nachhaltig wirkender Form. Sie bilden ein hervorragendes Unterstützungsmittel für den Arzt zur Blutbildung, Stoffwechsel, Anregung des Appetits, Vermehrung des Körpergewichts und Hebung des psychischen Zustands. Specielle Indikationen: leichte und schwere Anaemie, Chlorose, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Oligomenorrhoe, Leukorrhoe, Neurasthenie, Hysterie, Kinderpraxis, Rachitis, Skrophulose, Tuberkulose.

Die äusserst günstigen Erfolge der reinen Sanguinalpillen gaben zu folgenden Combinationen Anlass.

Pil. Sanguin c. Creosot 0,05 u. 0,10
Vermeidung des Kreosotgeschmacks, zuverlässige Dosierung, absolut geruchlos, indiciert bei Chlorose in Verbindung mit gastrischen Störungen, Skrophulose, Tuberkulose, Spitzenkatarrh mit Haemophyse.

Pil. Sang. c. Chinin
bei chlorotischen und neurasthenischen Zuständen, zuverlässiges Tonicum und bestes Roborans in der Reconvalescenz.

Pil. Sang. c. Vanàdin
bei Chlorose, beginnender Lungenphthise, Anämie und asthmatischen Beschwerden.

Pil. Sang. c. Guajacol. carbonic. 0,05 und 0,10
sind hervorragend geeignet in der Kinderpraxis, bei Patienten mit phthisischen Habitus, die zu blassem Aussehen, Mattigkeit, Drüsenschwellungen, Ekzemen, Appetitlosigkeit neigen, Skrophulose und Phthise.

Pil. Sang. c. lecithin
tonisierende Wirkung bei Erschöpfungszuständen zur Stickstoffretention, Phosphorsäure-Ansatz, Verminderung der Schwefelsäureausscheidung im Harn etc.

Pil. Sang. c. Natr. cynamyl.
indiciert bei skrophulosen und tuberkulosen Processen.

Pil. Sang. c. Extr. Rhei
indiciert in allen Fällen von Chlorosen und Blutarmut, die mit Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane einhergehen.

Pil. Sang. c. Acid. Arsenicosum
bei anämisch, neurasthenischen Zuständen, gynäkologisch auch in Verbindung mit Beschwerden klimakterischen Ursprungs, ferner während oder im Anschluss an Bromkuren bei Skrophulose mit Lungenspitzenkatarrh, Bronchialasthma, Emphysem, gegen Ekzema, Chronicum pruriginosum, Akne. Pil. Sang. c. arsen. beeinflussen den Eiweissumsatz, üben einen regenerativen Einfluss auf das Blut aus, befördern die Reconvalescenz nach Scharlach, Masern, Diphterie und Influenza.

Pil. Sang. c. Ichthyol
gegen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, erleichtert die Verwertung der vortrefflichen, desinficierenden und antibakteriellen Eigenschaften des Ichthyol's.

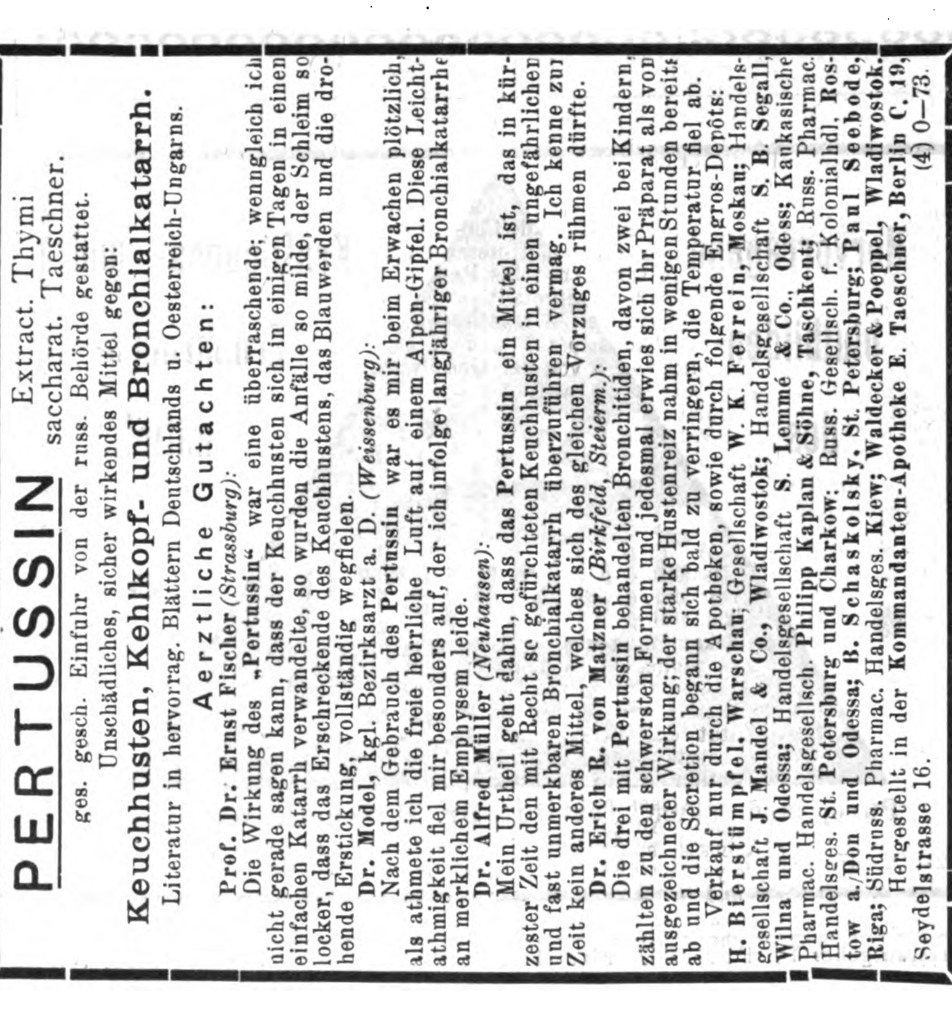
Pil. Sang. c. Jod.
indiciert bei Drüsen oder Gelenktuberkulose, Anämie auf dyskratischer Grundlage und im sekundären Stadium der Syphilis.

Ausführliche Literatur und Versuchungsmengen gratis und franco zu Diensten.

Generaldepot für Russland (119) 13—6.

Kontor chemischer Präparate, St. Ptb., Newsky Pr., 28, Haus Singer





Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honoriert.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate [illegible] sind ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag u. Sonnabend 1—2. Telephon 290-18.

№ 50 St. Petersburg, den 13. (26.) December. **1908.**

Ueber die Biologie des Tuberkelbacillus.

Oeffentlicher Vortrag, gehalten in Washington am 28. September 1908 auf Aufforderung des Organisationscommitees des VI. Internationalen Tuberculose-Congresses.

Von

Dr. A. Wladimiroff,

Wirklichem Mitglied des Kaiserlichen Institutes für experimentelle Medicin, St. Petersburg.

Der Kampf gegen die Tuberculose ist eine der grössten und vornehmsten Culturaufgaben. An diesem Ort und vor dieser Versammlung brauche ich nicht erst den Beweis dafür zu erbringen, dass die Tuberculose der verheerendste Menschenvertilger ist, der mehr Opfer an Leben und Gesundheit fordert, als alle übrigen Krankheiten, Kriege und Naturcatastrophen. Alle Nationen der civilisierten Welt haben sich vereinigt, um gegen diesen gemeinsamen Feind den Kampf zu führen. In diesem Sinne möchte ich den internationalen Congress, dessen Teilnehmer wir sind, als einen glänzenden Kriegsrat bezeichnen, zu dem sich die Kampfgenossen aus aller Welt vereinigt haben, und die Ausstellung von Washington, welcher wir gegenwärtig unsere Bewunderung zollen, als eine imposante Waffenschau.

Wir sind in der Tat berechtigt von einem geordneten Kampfe zu sprechen, wie er einer kriegsführenden Macht würdig ist. Die Strategie liegt in den Händen der Gesellschaft und des Staates, der unmittelbare Kampf in den Händen der Aerzte und derjenigen, welche persönlich an der Aufklärung der Volksmassen mitarbeiten. Sie werden an dieser Stelle aus dem Munde der competentesten Männer hören, was die Strategen und die Truppen bisher in ihrem Feldzuge gegen die Tuberculose geleistet haben. Mir sei es daher gestattet nur von dem Klärungsdienste zu sprechen, für den die Männer der Laboratorien die Verantwortung tragen. Wie in jedem Kampfe, so steigt auch hier die Aussicht auf Erfolg und Sieg in dem Masse, als der Feind ausgekundschaftet und bis in seine intimsten Eigenschaften hinein erkannt wird.

Wie viel Jahrhunderte lang rang die Menschheit mit dem unbekannten und unsichtbaren Gegner, wie viele bittere Erfahrungen musste sie sammeln, um hier und dort einen Erfolg zu erzielen, bis endlich, vor noch nicht einem Menschenalter, der Senior unter den lebenden Vorkämpfern der Bacteriologie, der fruchtbarste Entdecker, Robert Koch, der Welt den längst gesuchten Feind zeigen konnte. Diese Entdeckung war eine Tat, deren segensreiche Folgen wir jetzt alle, Aerzte wie Kranke, als etwas Selbstverständliches geniessen; damals aber — vor 27 Jahren — war es die Eröffnung einer neuen Aera. Die Lehre von der Tuberculose, welche bis dahin die Erfahrung, mühevoll im Dunkeln tappend, aufgebaut hatte, wurde nun im hellen Lichte der bacteriologischen Forschung gesichtet, zurechtgestellt und ausgebaut. Es wuchs die Gruppe der Erkrankungsformen, welche trotz ihrer scheinbaren Verschiedenheit als zusammengehörig erkannt wurden, weil sie den Tuberkelbacillus zum gemeinsamen Erreger besitzen, während andere Erkrankungsformen trotz ihrer scheinbaren Aehnlichkeit mit der Schwindsucht ausgeschieden werden mussten, weil der Koch'sche Bacillus an ihrer Entstehung keinen Teil hat. — Hatte schon die Tatsache an sich, dass der Feind von Angesicht zu Angesicht erkannt war, eine so tief einschneidende und weit tragende practische Bedeutung, so wuchs die Zahl

der segensreichen Folgen der Entdeckung in dem Masse, als die Lebenseigentümlichkeiten des Tuberkelbacillus näher erforscht wurden. Um uns ein deutliches Bild hiervon zu machen, wollen wir uns die Lebensgeschichte des Tuberkelbacillus vor Augen führen und Schritt für Schritt verfolgen, wie jede Errungenschaft auf dem Gebiete der Erkenntnis seiner Biologie einen Fortschritt auf dem Gebiete seiner Bekämpfung bedeutet.

Schon gleich bei seiner Entdeckung fiel der Tuberkelbacillus dadurch auf, dass er sich durch eine Reihe von Eigenschaften von allen bis dahin bekannten Bacillenarten scharf unterschied. Obwohl er in seiner äusseren Gestalt als Stäbchen nichts Besonderes darzubieten schien, so zeigte er doch ein ganz besonderes Verhalten gegenüber den üblichen Anilinfarbstoffen, deren sich die Bacteriologen bedienen, um diese Kleinwesen dem Auge sichtbarer zu machen. Nur mit Hilfe von besonderen Beizen war er dazu zu bringen, sich scharf zu färben, hielt dann aber den Farbstoff fester als die übrigen Microben und gab ihn selbst bei Auswaschung mit Säuren nicht wieder ab. Ferner fiel es auf, dass er auf den von Koch in die bacteriologische Technik eingeführten festen Nährböden nicht zu Wachstum und Vermehrung zu bringen war mit Ausnahme desjenigen, welcher aus Blutmolke hergestellt wird, und auch auf diesem nur bei einer Temperatur, die dem Blute der Säugetiere entspricht. Die Natur macht keine Sprünge und schafft keine Unica; so sind in der Folge auch andere Bacillen gefunden worden, welche als Uebergangsstadien zum Tuberkelbacillus erscheinen und sogar solche, welche die genannten Eigenschaften mit ihm teilen und sich nur dadurch von ihm unterscheiden, dass sie nicht über seine mörderischen Fähigkeiten verfügen. — Bei weiterer Forschung erwies es sich, dass der Tuberkelbacillus nicht schlechthin ein Stäbchen ist, wie es deren so viele unter den Spaltpilzen giebt. Unter besonderen Lebensbedingungen ist er imstande zu ungeteilten Fäden auszuwachsen, welche seitliche Sprossen treiben, wie wir sie im Fadengewirr der Schimmelpilze zu sehen bekommen; bisweilen kommt es auch zu kolbenförmigen Auftreibungen der einzelnen Individuen, welche sich dann sogar radiär anordnen können, wodurch Bilder entstehen, wie wir sie bei den Strahlenpilzen zu sehen gewohnt sind. Ist der Erreger der Tuberculose kein Bacillus im gewöhnlichen Sinne, was ist er dann? Seine Stellung im botanischen System ist noch umstritten, und die Antwort auf diese Frage gehört der Zukunft. Es handelt sich aber nicht um eine müssige Frage, denn ihre Lösung würde die Wissenschaft um ein interessantes Capitel über die Entstehung der Arten bereichern.

Nicht weniger eigenartig als der Bau des Tuberkelbacillus ist auch seine chemische Zusammensetzung. Ausser dem Eiweiss, dem Träger des Lebens jeder Zelle, besteht er zu einem Drittel aus einer Substanz, oder vielmehr, aus dem Gemisch von Substanzen, die der Chemiker als Fett, Wachs, wohl auch Fettwachs, bezeichnet. Gerade auf diese Substanzen wird von der Mehrzahl der Forscher das eigentümliche Verhalten des Tuberkelbacillus gegenüber den Farbstoffen, seine „Säurefestigkeit", zurückgeführt. Somit würde der färberische Nachweis der Tuberkelbacillen mit dem chemischen Nachweis gewisser Fette zusammenfallen. Welche biologische Bedeutung hat aber dieses Fettwachs? In der Pflanzenwelt dient es meist als äusserer Ueberzug zum Schutze zarter lebenswichtiger Bestandteile gegen äussere Schädlichkeiten. Ist dieses auch der Fall beim Tuberkelbacillus? Wäre dieses seine einzige Bestimmung, so müssten wir annehmen, dass das Wachs nur die äussere Hülle des Bacillus bildet, was in der Tat aber nicht zutrifft; vielmehr scheint derselbe von dem Wachs in seiner ganzen Masse schwammartig durchsetzt zu sein. Ausserdem lässt sich durch die chemische Analyse von Tuberkelbacillenculturen in diesen noch eine Cellulose-Substanz nachweisen, deren Vorhandensein uns biologisch nur dann verständlich wird, wenn wir sie uns als Hüllschicht verwendet vorstellen. Selbst angenommen, dass das Fettwachs zum Teil auch als äusseres Schutzmittel dient, so hat es practisch noch zwei andere Aufgaben im Leben des Tuberkelbacillus zu erfüllen. Einerseits setzt es den Verdauungssäften der Phagocyten — der Verteidigungszellen des tierischen Organismus — einen ganz besonderen Widerstand entgegen und andererseits bewahrt es die Bacillen ausserhalb des Organismus vor schneller Austrocknung, einer der grössten Gefahren für sein lebentragendes Eiweiss. In der Tat ist die Widerstandsfähigkeit der Tuberkelbacillen gegen Austrocknung eine unvergleichlich höhere als die der übrigen Bacterien. Hiermit hat die Natur grausamer Weise — von unserem menschlichen Standpuncte aus — den Tuberkelbacillus in Stand gesetzt, ausserhalb des lebenden Organismus, wo er, wie wir gleich sehen werden, sich nicht mehr vermehren kann, so lange eine Dämmerexistenz zu führen, bis er den Weg zu einem neuen Opfer gefunden hat. Durch den Besitz des Wachses ist somit der Tuberkelbacillus der Notwendigkeit enthoben, in seinem Inneren Sporen zu bilden, wie es andere Bacillen tun müssen, um ungünstige Lebensbedingungen überdauern zu können. Zwar haben hervorragende Forscher auch im Inneren der Tuberkelbacillen sporenartige Gebilde beobachtet; ihre Bedeutung ist jedoch noch unaufgeklärt, da diese Gebilde nicht diejenige Widerstandskraft gegenüber chemischen und physicalischen Einwirkungen, besonders aber gegenüber hohen Temperaturen, aufwiesen, welche die echten Bacteriensporen characterisiert.

Wie wir soeben erwähnten, ist der Tuberkelbacillus unter natürlichen Bedingungen nur innerhalb des lebenden Organismus befähigt sich zu vermehren, und zwar aus doppelten Gründen. Einmal ist es die Bluttemperatur, welche zu seinem Fortkommen unbedingt erforderlich ist, und andererseits beansprucht er für den Aufbau seines complicierten Zellleibes ganz besondere Ernährungsbedingungen. Beide Ansprüche können wohl künstlich in bacteriologischen Laboratorien befriedigt werden, nicht aber in der uns umgebenden, unbelebten Natur. Somit ist der Tuberkelbacillus ein obligater Parasit. Diese Erkenntnis ist von fundamentaler Bedeutung für uns im Kampfe gegen ihn. Der Stratege muss vor allem im Auge behalten, dass der Tuberkelbacillus seine einzige Brutstätte im Inneren der kranken Individuen hat, von wo aus er entweder durch directe Uebertragung oder auf dem Umwege durch die unbelebte Natur auf neue Individuen übergeht. Hieraus ergeben sich logisch zwei Richtungen, in denen der Kampf zu führen ist: in der einen Richtung ist der kranke Organismus der Angriffspunct. Hier muss die Kunst und Wissenschaft des Arztes alles aufbieten, um die schon vorhandenen Brutstätten zum Schwinden zu bringen, die erst im Entstehen begriffenen sich nicht entwickeln zu lassen und die Bildung neuer zu verhüten. Auf welche Schwierigkeiten die Heilung der manifesten Tuberculose stösst, werden Sie an diesem Ort aus dem Munde competenter Männer hören. Trotz aller Erfolge der Therapie, muss der Stratege dennoch mit der Tatsache rechnen, dass immer und immer wieder Tuberkelbacillen in die uns umgebende Natur ausgestreut werden, und auch in dieser zweiten Richtung den Kampf führen. Ein idealer Erfolg wäre es in dieser Beziehung, wenn es gelingen würde, die Tuberkelbacillen in demselben Moment, da sie den Organismus verlassen, sofort unschädlich zu machen. Um dieses zu erreichen, müssten alle Bacillenträger dazu erzogen werden, selbst für die Vernichtung der von ihnen ausgeworfenen Bacillen Sorge zu tragen. Die Aufklärung der Massen in dieser Be-

ziehung darf nicht erlahmen. Und wenn das Wort „nicht ausspucken" bereits zum Gemeinplatz und sogar zum Object für Witz und Caricatur geworden ist, so können wir dies nur als Erfolg unserer Strategie begrüssen. Immerhin dürfen wir niemals darauf rechnen, unsere Umgebung von Tuberkelbacillen auf diesem Wege frei zu halten und müssen auch hier den activen Vernichtungskampf führen.

Welche Waffen stehen uns hierbei zur Verfügung? Durch welche physikalischen und chemischen Mittel können wir den Tuberkelbacillus töten? Der mächtigste Feind des Tuberkelbacillus in der freien Natur ist das Sonnenlicht, unter dessen directen Strahlen er sein Leben in wenigen Tagen, oft schon in wenigen Stunden einbüsst; daher haben wir allen Grund den Spruch der italienischen Volkserfahrung „Dove entra il sole, non entra il medico" zu beherzigen und dem uns Leben bringenden Licht überall dort weitesten Eingang zu verschaffen, wo es auf unsere Feinde todbringend einwirken kann. Wie sich der Tuberkelbacillus gegen die Temperatur seiner Umgebung verhält, haben wir bereits flüchtig erwähnt. Um sich vermehren zu können, braucht er, abgesehen von günstigen Ernährungsbedingungen, die Temperatur unseres Blutes. Unterhalb und oberhalb dieser engen Temperaturgrenzen hört seine active Existenz auf und beginnt der Dämmerzustand, in welchem er viele Monate lang sein Leben erhalten kann. Niedrige Temperaturen, selbst mehrfaches Gefrieren und Wiederauftauen töten ihn nicht. Höhere Temperaturen dagegen werden seinem Leben gefährlich, sobald sie diejenige Grenze erreichen, bei der überhaupt das Eiweiss, der Träger alles Lebens, gerinnt. Diese Grenze liegt bei 60° C. Es wäre jedoch unvorsichtig, wenn wir uns bei dem planmässigen Kampfe auf so niedrige Temperaturen beschränken würden. Selbst wenn es sich darum handelt, tuberculoseverdächtige Milch für den Genuss unschädlich zu machen, so zieht man es in der Praxis vor, dieselbe stark kochen zu lassen. Es ist eine Concession an den Geschmack derjenigen, welche gekochte Milch nicht geniessen mögen, wenn man ein mehrfaches Erwärmen auf 70° zu diesem Zwecke anwendet; aber dieses Verfahren ist doch nur dann zulässig, wenn es in speciellen Apparaten von erfahrener und gewissenhafter Hand ausgeführt wird. Nicht so sicher wie das Aufkochen wirkt die Trockenerhitzung auf 100°, besonders, wenn die Tuberkelbacillen, wie es im Auswurfe der Fall ist, von allerhand sie schützenden Substanzen eingehüllt sind. Das souveräne Mittel zur Vernichtung tuberculosen Materiales ist der strömende Dampf. Erst in zweiter Linie kommen diejenigen chemischen Gifte in Betracht, deren sich die Hygiene gewöhnlich zu Desinfectionszwecken bedient. Zwar verhalten sich die Tuberkelbacillen, wenn sie, frei von anderen Beimischungen, der Wirkung der gebräuchlichen flüssigen und gazförmigen Desinficientien ausgesetzt werden, ebenso empfindlich denselben gegenüber als alle übrigen sporenfreien Microben; im practischen Leben aber haben wir mit dem Umstande zu rechnen, dass die Tuberkelbacillen aus dem kranken Organismus fast immer in einer Hülle anderer organischer Substanzen wie Schleim, Eiter und dergleichen, ausgeschieden werden, welche zunächst den chemischen Einwirkungen unterliegen und hierbei häufig so umgewandelt werden, dass sie für das weitere Vordringen des Giftes bis zu den Tuberkelbacillen ein unüberwindliches Hindernis bilden. Dieses gilt vor allem von dem sonst so mächtigen Sublimat. Die Praxis hat es gelehrt dort, wo eine chemische Desinfection notwendig ist, der Carbolsäure und ihr verwandten Mitteln, welche sich durch Tiefenwirkung auszeichnen, den Vorzug zu geben.

Wir haben bisher vom Tuberkelbacillus schlechthin gesprochen, von seinem Bau, seiner chemischen Constitution und seinem Verhalten äusseren Einflüssen gegenüber, als ob in biologischer Beziehung ein Tuberkelbacillus genau dem anderen gliche. Eine solche Auffassung hat in der Tat zu Beginn der bacteriologischen Aera bestanden, jedoch mit dem Fortschreiten des Klärungsdienstes hat man gelernt Unterscheidungen zu machen, welche anfänglich kaum zu vermuten waren. Abgesehen davon, dass die Bacillen, welche von verschiedenen Kranken herstammten, sich im Tierversuch als verschieden lebenskräftig und krankheitsbringend erwiesen, lernte man an ihnen allmählich auch andere Unterschiede kennen, je nach der Tierart, dessen Organismus sie entnommen waren. Zunächst fiel es auf, dass die Bacillen der Vogeltuberculose, welche unter dem Mikroskop kaum von denen der Säugetiere zu unterscheiden sind, bei künstlicher Züchtung im Laboratorium gewisse Eigentümlichkeiten aufwiesen, von denen ich nur eine anführen will. Während die Bacillen der Säugetiertuberculose nur bis zu einer Temperatur von ca. 41° ihre Entwickelungsfähigkeit bewahren, gedeihen diejenigen der Vogeltuberculose noch bis zu Temperaturen von 43—44°. Es handelt sich hier offenbar um eine Acclimatisation, eine Anpassung an den Organismus der Vögel, welcher beständig eine höhere Temperatur aufweist als derjenige der Säugetiere. Hierfür spricht der Umstand, dass auch der Vogelbacillus für Säugetiere ein Krankheitserreger ist. Andererseits ist es dem genialen Experimentator Nocard gelungen, vom Menschen stammende Bacillen durch künstliche Gewöhnung in solche mit allen Characteren des Vogeltypus umzubilden. Eine noch weiter gehende Anpassung haben offenbar diejenigen Bacillen durchzumachen gehabt, welche als Erzeuger der Tuberculose bei Kaltblütern, wie Fischen, Schlangen etc., gefunden werden. Solche Bacillen entwickeln sich bereits bei Temperaturen von 10—30° und haben ihre Ansteckungsfähigkeit für Warmblüter fast völlig verloren.

Wenn der Tuberkelbacillus eine so weitgehende Anpassungsfähigkeit besitzt, so darf es uns nicht Wunder nehmen, dass er in der Säugetierwelt — und diese interessiert uns ja am meisten — in mehreren Varianten auftritt, welche nicht so weit von einander verschieden sind, als die Bacillen vom Vogeltypus und Kaltblütertypus. Wie es das erste Verdienst Kochs war alle Krankheiten, welche durch den Tuberkelbacillus erzeugt werden, unter einen Begriff gebracht zu haben, so erwarb er sich ein zweites Verdienst um die Tuberculoseforschung, indem er auf den Unterschied zwischen Menschen- und Rindertuberculose hinwies. Es ist dies eine feine Unterscheidung, über deren practische Bedeutung die Acten noch nicht geschlossen sind. Wenn auch in der Tat jede dieser beiden Varianten für die ihr entsprechende Species in besonderer Weise ansteckende und krankmachende Eigenschaften besitzt, so ist dennoch eine Wirkung mit vertauschten Rollen bei weitem nicht ausgeschlossen. Von unserem menschlich egoistischen Standpuncte aus, erwächst daraus die Forderung, nicht nachzulassen in der strengen Durchführung derjenigen Massnahmen, welche bereits für die Bekämpfung der Tuberculose unter den Rindern und für die Controlle ihrer Producte, wie Milch und Fleisch, ausgearbeitet sind.

Die Bedeutung dieser Massnahmen wird uns erst recht verständlich, wenn wir uns vor Augen führen, was uns die Forschung der letzten Zeit über das Eindringen des Tuberkelbacillus in den Organismus und über sein Verhalten im Organismus kennen gelehrt hat. Die Auffassung früherer Zeitalter, als brächte die Mehrzahl der Opfer der Tuberculose den Todeskeim mit sich zur Welt, hat vor der wissenschaftlichen Kritik nicht Stand halten können. Es kommen zwar ganz vereinzelte Fälle vor, wo die Tuberculoseinfection bereits im Mutterleibe erfolgt ist, aber sie bilden nicht nur seltene Ausnahmen, sondern

eine solche Progenitur ist auch niemals lebensfähig. Die Ansteckung erfolgt somit als Regel erst nach der Geburt, und, was das Individuum von seinen Eltern ererbt, ist nicht die Krankheit selbst, sondern im ungünstigen Falle nur eine verringerte Widerstandskraft gegen die eindringenden Krankheitskeime.

Lange Zeit galt die Einatmung von Tuberkelbacillen mit dem Staube der Luft fast für den einzigen Weg, auf dem der Feind den Organismus überfällt. Zweifellos besteht diese Auffassung auch jetzt zu Recht, nur bedarf sie einiger Einschränkungen. Die Luft, welche wir atmen, führt uns nicht nur an Staubpartikel angetrocknete, sozusagen conservierte Tuberkelbacillen zu, sondern auch frische in voller Lebenskraft befindliche, welche, von den uns umgebenden Schwindsüchtigen ausgehustet oder beim Sprechen verspritzt, sich in kleinsten Tröpfchen lange Zeit in der Luft schwebend erhalten. Bevor diese Stäubchen oder Tröpfchen die Lunge erreichen können, müssen sie den Mund oder die Nase und den Rachen passieren, an deren Schleimhäuten sie zum grossen Teile abgelagert werden. Von hier aus ist ihnen der Weg zum Magen fast leichter als zur Lunge. Die frühere Ansicht, dass der Magensaft — an sich ja ein gutes Desinfectionsmittel — ohne weiteres die Bacillen vernichtet, hat sich durch Beobactung und Experiment widerlegen lassen. Nur zu häufig sind die Füllungs- und Absonderungsbedingungen im Magen derartige, dass die Bacillen unbehelligt in den Darm weiter vorrücken können. Von hier aus gelangen sie mit den übrigen Verdauungssäften in das Blut des Herzens und darauf zunächst in die Lunge, wo der Blutstrom ein verlangsamter, die Sauerstoffzufuhr eine erhöhte ist, — beides Bedingungen, welche ihre Ansiedelung und Vermehrung begünstigen. Wenn somit schon die zufällig aus der Luft zugeführten Tuberkelbacillen diesen Weg wandern können, um wie viel mehr Gefahr droht uns von denjenigen, die wir mit der Nahrung (Milch, Fleisch) in uns aufnehmen. Begreiflicher Weise ist die Lunge nicht der einzige Ort, an dem die Tuberkelbacillen ihren Angriff beginnen. Ueberall, wohin sie der Blutstrom trägt, können sie sich ansiedeln, sofern sie nicht im Kampfe gegen die natürlichen Abwehrmittel des Organismus unterliegen. Ihr Benehmen in diesem Kampfe bildet eines der interessantesten, zugleich aber auch der schwierigsten Capitel ihrer Biologie.

Vor allem müssen wir uns die Frage vorlegen: welches sind die Mittel, mit denen der Tuberkelbacillus im lebenden Gewebe um seine Existenz kämpft? und sodann die andere Frage: welche Mittel führt der Organismus in den Kampf, um sich der Tuberkelbacillen zu erwehren?

Wie jeder Parasit, sucht der Tuberkelbacillus sich auf Kosten seines Wirtes zu ernähren, indem er seiner Umgebung diejenigen Stoffe entzieht, deren er selbst zum Aufbau seines Leibes und seiner Nachkommenschaft bedarf. Da die Bacterien keine Fresswerkzeuge besitzen, so nehmen sie aus den sie umgebenden Säften die ihnen zusagenden Stoffe direct an ihrer ganzen Körperoberfläche auf. Viele Bacterien scheiden zugleich besondere Gifte aus, welche die ihnen zunächst befindlichen Zellen des Organismus zum Absterben und zur Auflösung bringen und sie dadurch in für sie geeignete Nährstoffe verwandeln. Um sich dieser Aussaugung, Vergiftung und Zerstörung zu erwehren, führt der Organismus seinerseits besondere freibewegliche Zellen in den Kampf. Es sind dies die sogenannten Phagocyten M e t s c h n i k o f f s, deren wir bereits flüchtig Erwähnung getan. Im allgemeinen sind zwei Gruppen solcher Kampfzellen zu unterscheiden: die eine Gruppe wird von etwas kleineren Zellen gebildet, die im Blute und in den Säften stets in grosser Menge vorhanden sind. Sehr beweglich und sofort bei der Hand, wenn irgendwo Bacterien in den Organismus eindringen, sind sie es hauptsächlich, die den Eiter bilden und die Bacterien mit grosser Gier verschlingen. Nur den Tuberkelbacillen gegenüber will ihre Fresskunst nicht recht zur Geltung kommen. Offenbar setzen diese ihnen einen besonderen, noch nicht völlig aufgeklärten Widerstand entgegen, vielleicht durch Ausscheidung besonderer Abwehrstoffe. Und wenn es auch den kleinen Phagocyten trotzdem meist gelingt Tuberkelbacillen in sich aufzunehmen, so können sie sie nicht verdauen, sondern tragen sie mit sich, bis sie selbst zu Grunde gehen. Die andere Gruppe wird von grösseren, schwerfälligeren Zellen gebildet, welche sich für gewöhnlich wenig mit dem Verschlingen von Bacterien abgeben. Sie rücken erst in zweiter Linie an dem Kampfplatze auf, um mit ihren Leibern einen Wall um die Bacterien zu bilden, der diesen das weitere Vordringen in den Organismus verwehrt. Auch bei der Tuberculose spielen sie dieselbe Rolle, sie umzingeln die eingedrungenen Feinde, und so kommt die Bildung jener Knötchen, jener Tuberkel zustande, welche der Krankheit ihren Namen gegeben haben. Am inneren Rande der Tuberkeleinfriedung nehmen die grossen Zellen auch Bacillen in das Innere ihres Leibes auf; häufig verschmelzen mehrere von ihnen zu einem gemeinsamen Zelleibe und bilden dann sogenannte Riesenzellen, welche von einer grossen Anzahl gefangen genommener Tuberkelbacillen erfüllt sind. Gehen die Körperzellen als Sieger hervor, so bleibt der Kampfplatz klein und beschränkt, die Mauern um die cernierten Bacillen werden durch die Anlagerung neuer Zellschichten verdickt und nicht selten auch durch wirkliche Kalkablagerung gedichtet, hinter denen die eingeschlossenen Feinde oft jahrelang eine Schlummerexistenz führen, ehe sie endgiltig zu Grunde gehen. Im Körper lebenskräftiger Individuen ist ein solcher Ausgang vielleicht die Regel, aber das moderne Leben producierl mehr schwache Menschen als vollkräftige, und die Vererbung verringerter Widerstandskraft gegen Tuberculose trägt das Ihrige dazu bei, dass leider viel zu häufig der Kampf einen anderen Ausgang nimmt. Die Bacillen vermehren sich schneller und üppiger, als dass die Verteidiger sie rechtzeitig umzingeln könnten. Dadurch gewinnt der Kampfplatz an Ausdehnung, es werden immer grössere Mengen an kämpfenden Zellen erforderlich, um ihn einzudämmen, mehr als der Organismus zu stellen vermag. Die Umschliessungslinie bleibt zu schwach und wird von den andrängenden Feinden durchbrochen — immer neue Herde entstehen, immer mehr lebenswichtige Substanz der Organe wird zerstört, zu unförmigen Massen eingeschmolzen und, wo sich die Gelegenheit dazu bietet, ausgestossen, so dass Geschwüre, Fistelgänge, in den Lungen sogar grosse Hohlräume entstehen. Und in dem Masse als die Bacillen triumphieren, entsenden sie ihre Gifte in den Organismus und schädigen dessen gesammten Haushalt: Fieber, Ernährungsstörungen, Schwäche, Marasmus sind die Folgen.

Was für wunderbare Gifte müssen dies sein. In welchem Teile ihres kleinen Körpers führen die Bacillen sie mit sich? Wiederum ist es K o c h, welcher uns den ersten Einblick in diese Verhältnisse geboten hat. Er war es, der uns zeigte, dass in der Flüssigkeit, in welcher Tuberkelbacillen gezüchtet werden, sich eigenartige Stoffe ansammeln. Ihre chemische Natur ist bis auf den heutigen Tag noch nicht aufgeklärt, aber wir wissen von ihnen zu sagen, dass sie Fieber erzeugen, wenn sie in den Säftekreislauf eingeführt werden. Bei tuberculosekranken Individuen genügen hierzu schon phantastisch geringe Mengen dieses Giftes — des Tuberculins. Mit dieser Entdeckung war jedoch das Rätsel vom Tuberculosegifte noch nicht gelöst. Es war nur der Schlüssel, der uns die Tore zum Arsenal unserer Feinde öffnete. Je weiter die Forschung hier eindrang, desto mehr musste sie sich überzeugen, wie mannigfach die Giftmittel gestaltet sind, welche der Tuberkelbacillus gegen

uns ins Feld führen kann. Eine andere Frage ist es, ob er tatsächlich von allen diesen Mitteln Gebrauch macht. Wir wissen nicht einmal, ob das Gift, welches der lebende Bacillus in unseren Laboratorien in die ihn umgebende Flüssigkeit ausscheidet, genau demjenigen gleich ist, welches er im kranken Organismus produciert. So entströmt den künstlichen Tuberculoseculturen ein schöner Duft wie von Hyacinthen oder Früchten, ein heimtückischer Duft, der den arglosen Experimentator umschmeichelt, um ihn siech und blutarm zu machen. Entstehen diese flüchtigen Stoffe auch unter den natürlichen Entwickelungsbedingungen des Tuberkelbacillus in unseren Organen? Spielen sie auch hier eine verderbliche Rolle?

Aber nicht genug damit, dass der Tuberkelbacillus so lange er lebt zur Quelle von Giftstoffen wird; auch der tote Bacillus stellt noch eine Summe von Giften dar, indem jeder seiner Bestandteile für sich genommen in besonderer Weise den tierischen Organismus schädigt. Es würde mich zu weit führen, wollte ich Ihnen im Einzelnen vorführen, worin die verhängnisvolle Wirkung seiner Eiweissubstanz, worin diejenige der Fette oder der verschiedenen Extractivstoffe besteht; welche von ihnen Fieber erregen, welche Entzündung hervorrufen, oder das Gewebe einschmelzen, welche die Tätigkeit der kleinen, welche diejenige der grossen Phagocyten anreizen, u. s. w. Es genügt uns zu wissen, dass der Tuberkelbacillus mit seinem Tode in unserem Organismus noch nicht aufhört uns Gefahr zu bringen.

Was hat uns diese Erkenntnis, dieses Resultat des Klärungsdienstes gebracht? Der unermüdliche Fleiss der Experimentatoren hat uns gelehrt, die Waffen des Tuberkelbacillus gegen ihn selbst zu kehren. Von dem Tage an, da Koch das Tuberculin entdeckt hatte, haben die Männer der Wissenschaft in Laboratorien und Kliniken unablässig darnach gestrebt, die einzelnen Producte der lebenden, wie der toten Tuberkelbacillen, darauf hin zu prüfen, ob sie nicht in geringen Dosen, vorsichtig dem kranken Organismus beigebracht, imstande wären, diesen so weit gegen Tuberculosegifte zu stählen und zu festigen, dass er als Sieger aus dem Kampfe hervorzugehen vermöchte. Dieser Gedanke Koch's wurde anfänglich von der ganzen Welt mit höchstem Enthusiasmus begrüsst, gelangte dann aber für einige Zeit in Miskredit, weil sowohl die Wahl der giftigen Producte, als auch ihre Anwendungsweise noch nicht genügend ausgearbeitet waren, und daher auf die übertriebenen Erwartungen der Menge naturgemäss Enttäuschungen folgen mussten. Inzwischen ist ein halbes Menschenalter verflossen und in beiden Richtungen sind die Fortschritte soweit gediehen, dass mit den modernen Tuberculinen, welche jetzt nur streng individuell angewandt werden, schöne Erfolge zu verzeichnen sind. Ausser dieser directen Verwendung der Bacteriengifte zur Heilung der Tuberculose fehlt es auch nicht an Versuchen, dieselben indirect ins Treffen zu führen und zwar in der Weise, dass sie in den Organismus gesunder Tiere einverleibt werden und dort die Production specifischer Abwehrstoffe erzeugen sollen. Ein solches Verfahren hat ja bekanntlich bei einer Reihe von Krankheiten, wie z. B. der Diphtherie und der Dysenterie die glänzendsten Resultate ergeben. Das Blutserum, der so vorbehandelten Tiere ist bei diesen Krankheiten als souveränes Heilmittel anerkannt. Bei der Tuberculose ist das Studium der Serumbehandlung noch nicht zum Abschluss gelangt, immerhin aber ist es beachtenswert, dass auch dieses Kampfmittel in gewissen Fällen bereits practisch verwertet wird.

Eine andere indirecte Verwendung des Tuberculosegiftes hat eine unvergleichlich weitere Bedeutung gewonnen. Es ist dies die von Koch gleichzeitig mit der Tuberculinbehandlung inaugurierte Tuberculindiagnose. Die Grundlage hierfür bildet die Beobachtung, dass das Tuberculosegift verschieden stark auf den Organismus wirkt, je nachdem ob derselbe Tuberculose-frei oder bereits Tuberculose-krank ist. Im ersten Falle können sehr beträchliche Mengen des Giftes in den Körper eingespritzt werden, ohne dass er irgendwie sichtlich dadurch aus seinem Gleichgewicht gebracht wird. Im zweiten Falle ist der kranke Organismus so empfindlich gegen das Gift, dass er bereits auf die geringsten Mengen davon mit Fieber und allgemeinem Unwohlsein reagiert. Hiermit ist dem Arzte ein Mittel an die Hand gegeben, in Fällen von versteckter Tuberculose, welche sich nicht durch die üblichen Untersuchungsmethoden diagnosticieren lassen, rechtzeitig den wahren Tatbestand aufzudecken und ohne Zeitverlust die erforderliche Behandlung einzuleiten. In noch weiterem Masse als in der Medicin findet die Tuberculindiagnose in der Landwirtschaft Anwendung. Dank der energischen Propaganda solcher Männer, wie Nocard und Bang, wird das Tuberculin in der gesamten civilisierten Welt zur Austilgung der Tuberculose aus den Rinderherden herangezogen. Ein jedes Rind, das durch seine Reaction auf eine Tuberculineinspritzung als krank erkannt ist, wird auf die eine oder andere Weise für die Menschen sowohl als auch für seinen eigene Genossen und Nachkommen ungefährlich gemacht. Die Methoden hierfür sind so ausgearbeitet, dass auch der Landwirt bei dieser Sanierungsarbeit keinen erheblichen materiellen Schaden erleidet. In neuester Zeit sind von v. Pirquet, Wolff-Eisner und Calmette neue Anwendungsmethoden für das Tuberculin zu diagnostischen Zwecken in Vorschlag gebracht worden, welche eine Einspritzung des Giftes unter die Haut unnötig machen und dadurch die weiteste Verbreitung in der Praxis zulassen. Sie beruhen darauf, dass bei tuberculösen Individuen eine örtliche Entzündung entsteht, wenn das Tuberculin auf die Schleimhaut des Auges aufgeträufelt oder in die oberflächlich eingeritzte Haut gestrichen wird, während gesunde Individuen diese Manipulationen reactionslos vertragen.

Nach allem Gesagten bedarf es wohl kaum einer näheren Erklärung, welche immense Bedeutung im allgemeinen Kriegsplan gegen die Tuberculose der Ausnutzung der eignen Waffe des Feindes, der richtigen Verwendung des Tuberculosegiftes zukommt.

Noch einer Kriegslist habe ich Erwähnung zu tun, welche darauf hinauszielt dem Feinde den Boden zu entziehen. Seit Jahren ist v. Behring bemüht Mittel und Wege zu finden, um den Organismus gesunder, aber für die Krankheit leicht empfänglicher Individuen durch ein Verfahren, welches der Pockenimpfung im Princip ähnlich ist, gegen die Tuberculose unempfindlich zu machen. Die Zahl der Beobachtungen ist im Steigen begriffen und der Moment dürfte nicht fern sein, wo wir zu einem abschliessenden Urteil darüber gelangen werden, ob diese vorbeugende Tactik sich im weiten Masse an Menschen und Tieren wird durchführen lassen.

In dem Rahmen eines kurzen Vortrags ist es mir nicht möglich alle Einzelheiten aus der Biologie des Tuberkelbacillus Ihnen vorzuführen. Ich habe es daher unterlassen von solchen Seiten aus seinem Leben zu sprechen, welche noch zu wenig aufgeklärt sind, als dass wir schon jetzt imstande wären alle practischen Vorteile aus ihrer Kenntnis zu ziehen. Und solcher Seiten, die ihrer weiteren Bearbeitung harren, gibt es noch viele. So wissen wir noch zu wenig über das Verhalten des Tuberkelbacillus in seiner Lebensconcurrenz mit anderen Mikroben. Innerhalb des Organismus trifft er mit anderen Krankheitserregern zusammen, ausserhalb des Organismus mit den Microben der Gärung und Fäulnis. Vielleicht lehrt uns noch die Zukunft, die einen wie die anderen in den Kampf gegen ihn zu führen, denn wir können uns sehr wohl denken, dass, zweckmässig verwendet, die einen uns bei unseren Heilbe-

strebungen dienlich sein könnten, die andern bei der Unschädlichmachung von Abfallstoffen und Kanalwässern. Ein anderes Beispiel: Wright hat uns gelehrt, dass der Organismus zu seiner Verteidigung besondere Stoffe produciert, mit denen er die Tuberkelbacillen imprägniert und sie dadurch zwar nicht tötet, wohl aber den Fresszellen zugänglicher macht. Ihre Natur ist noch wenig bekannt, die Methoden um ihr Vorhandensein und ihre Menge nachzuweisen noch sehr compliciert, und doch versprechen sich schon viele Kliniker aus dem weiteren Ausbau dieser Frage nicht nur grossen Nutzen für die Beurteilung der Schwere des einzelnen Krankheitsfalles, sondern auch sichere Fingerzeige für die zu wählende Behandlung.

Doch genug. Die Skizze, welche ich in groben Zügen von der Biologie des Tuberkelbacillus entworfen habe, dürfte ausreichen, um Ihnen ein Bild davon zu geben, in welcher Richtung und mit welchem Erfolge der Klärungsdienst bisher gearbeitet hat, und ausserdem Ihnen die Ueberzeugung einflössen, dass diejenigen, denen er anvertraut ist, sich der noch auszuführenden Arbeit wohl bewusst sind. Eine solche Ueberzeugung aber ist die notwendige Vorbedingung für ein zuversichtliches und freudiges Vorgehen aller derer, die in den grossen internationalen Kampf gegen den gemeinsamen Feind ausgezogen sind.

Die Hydriatik der Cholera asiatica.

Von

Dr. I. Sadger, Wien—Graefenberg.

So oft in den letzten Jahren auch die asiatische Cholera nach Europa verschleppt ward, so sehr man also Gelegenheit hatte, die Nutzlosigkeit der medicamentösen Behandlung bei ihr zu erproben, so wenig wurde doch auf eine Therapie recurriert, die bereits vor 77 Jahren ihre Feuerprobe bestanden hat: ich meine die hydriatische Behandlung der Cholera, wie sie Vincenz Priessnitz schon 1831 mit grösstem Erfolg, d. h. mit 0% Mortalität bei den verschiedensten Fällen geübt hatte. Da, wie gesagt, kein einziger Lebender mehr Erfahrung besitzt in der Hydriatik dieser Seuche, so will ich nachstehend zusammentragen, was jener Begründer der Wasserheilkunde und sein ärztlicher Nachfolger auf dem Graefenberge Josef Schindler geleistet haben und wie sie bei ihren Curen vorgingen.

Die Vorschriften Priessnitzens lauteten wörtlich: „das Verfahren mit kaltem Wasser erheischt von Seiten des Behandelnden einige Characterfestigkeit, damit sich derselbe nicht durch Klagen und Bitten des Kranken zur Erleichterung oder Verschiebung der Cur bewegen lasse. In den meisten Fällen hält sich der Befallene von vornherein für verloren. Er beschwört den Wasserarzt, ihm die Cur mit ihrer lästigen Manipulation zu erlassen, da sie ja gegen über der Heftigkeit des Uebels doch ohne Erfolg sein müsse. — Eben wenn solche Klagen laut werden, darf der Arzt mit der Anwendung der Cur nicht nachlassen. Nur, wenn er selbst merkt, dass die Symptome sich mindern, ist nach meiner Erfahrung die Krankheit in der Abnahme.

Die Anwendung der Cur mit kalten Wasser muss so bald als nur immer möglich dem Ausbruch der Krankheit folgen; jede Zeitversäumnis wächst progressiv in der Dauer der Cur oder zuletzt in der Unwirksamkeit derselben.

Als Vorbeugungsmittel ist es zweckmässig, immer einen nassen Umschlag um den ganzen Unterleib zu tragen und ihn mit einem trockenen Linnen zu überbinden, damit er sich besser erwärme. Derselbe ist, so oft er trocken geworden zu erneuern, u. z. wenigstens fünfmal im Tage. Das Wechseln des Umschlages nach dem Essen und vor dem Schlafengehn ist besonders anzuraten. Man wasche sich früh und abends, damit die Haut tätig bleibe; früh nüchtern und bei jedem Essen trinke man einige Gläser frischen Wassers, wodurch der Schlaffheit des Magens und Unterleibes vorgebeugt wird. Man vermeide heisse Speisen und Getränke.

Im Auftreten der Cholera unterscheide ich zwei in ihren Symptomen wesentliche Erscheinungen:

a) entweder ergreifen die Anfälle den Unterleib oder

b) äussern sie sich in argen Krämpfen der Gliedmassen und selbst als Starrkrämpfe.

Die Behandlung dieser beiden Fälle ist in den Einzelheiten der Manipulation merklich verschieden.

a) beim Eintreten des Choleraanfalls, welcher vorzugsweise den Unterleib ergriffen, Erbrechen und Durchfall im Gefolge hat, wird der Kranke vom Halse bis zu den Füssen in ein triefend nasses, ziemlich grobes Leintuch nicht allzu fest gewickelt und wo möglich von zwei Männern gleichzeitig fest und kräftig mit flacher Hand an allen Teilen des Körpers gerieben, bis das Leintuch von der Körperwärme etwas lau geworden ist. Diese Abreibung wird am besten an dem Kranken in stehendem Zustande vollzogen; ist er zu schwach, so geschieht es im liegenden auf einer Wolldecke. Hierbei ist zu beobachten, dass auf jene Teile des Körpers, die durch das Reiben schneller warm geworden, über das Leintuch kaltes Wasser mässig aufzugiessen, dagegen die kaltgebliebenen vorzugsweise zu reiben sind, bis der Unterschied der Wärme ausgeglichen ist. Sind die Füsse krampfhaft zusammengezogen, so müssen diese besonders fest gerieben werden. Die Abreibung kann mit einem zweiten, frisch genässten Leintuch wiederholt werden, wenn die Schmerzen im Unterleibe nicht zu arg sind. Sollten aber diese sehr empfindlich sein, so dass der Kranke sich krümmt und windet, so wird nach der ersten Abreibung ein Klystier von ganz kaltem Wasser gegeben und hierauf der Kranke in ein Sitzbad von abgeschrecktem Wasser zu 8° bis 9° R. gesetzt, in der Art, dass das Wasser 9—10 Zoll tief sei.

In diesem Sitzbad wird dem Kranken häufig kaltes Wasser zum Trinken gegeben, wodurch das Erbrechen gefördert und schneller zu Ende gebracht wird. Im Sitzbad, welches, wenn das Wasser schmutzig wird, oder wenn es durch die Körperwärme auf 11—12° *) steigt, alsbald gewechselt werden muss, wird dem Kranken das neu genässte Leintuch am Halse, nach abwärts um den Oberleib und um die Füsse gelegt. Oberleib und Füsse werden hierbei mit der flachen Hand, oberhalb des Leintuches kräftig gerieben. Im Sitzbade bleibt der Kranke solange, bis Erbrechen und Durchfall sich beruhigt haben, was in der Regel — ausser bei verspäteter Anwendung der Cur oder bei einem Rückfalle — vor dem Ablaufe einer halben Stunde geschieht. Ist nun Erbrechen und Durchfall gestillt, ist der Körper ohne Krämpfe und der Kranke beruhigt, so wird er aus dem Sitzbade genommen, abgetrocknet und erhält eine nasse Leibbinde um den Unterleib, welche trocken überbunden wird. Er wird ins Bett gelegt, nicht übermässig zugedeckt, und es erfolgt in den allermeisten Fällen ein erquickender Schlaf. — Beim Erwachen nimmt der Kranke ein Bad (Halbbad) von 3—5 Minuten in abgeschrecktem Wasser von 10—12° oder bekommt in Ermanglung einer Wanne eine Abreibung von dieser Temperatur. Hierauf nimmt er ein kurzes Luftbad durch Fächeln mit einem über Kopf und Körper geworfenen trockenen Leintuche,

*) Die Grade sind hier wie im ganzen Capitel in R. zu verstehen.

kleidet sich dann an und macht Bewegung in freier Luft.

b) Sind dagegen im Choleraanfalle die Krämpfe vorherrschend und das Uebel schon vorgerückt, so werden mehrere Abreibungen mit dem triefend nassen Leintuche angewendet, zwischen welchen der Kranke auf der Wolldecke ungefähr 6—8 Minuten trocken gerieben wird. Haben die Krämpfe abgenommen, ist die bläuliche Farbe gewichen, dann folgt das Klystier, das Sitzbad mit dem umhängenden nassen Leintuch und die übrige Behandlung wie bei a).

Als Regel gilt in allen Fällen, dass das Verfahren mit kaltem Wasser bei offenem Fenster statthabe, und dass der Kranke in den Intervallen der Behandlungen, z. B. zwischen den Abreibungen und dem Sitzbade auf einen Stuhl mit umgehängtem nassen Leintuch an das Fenster gesetzt, nicht aber ins Bett gelassen werde. Durch mehrere Tage hat der Reconvalescent die nasse Leibbinde zu tragen, darf nur kalte Speisen, kein Fleisch geniessen. 2—3 Waschungen am Tage mit abgeschrecktem Wasser von 11—12° sind am ganzen Körper vorzunehmen.

Bleibt Durchfall infolge der Erschlaffung der Eingeweide zurück, so sind diese Waschungen mit solchen von ganz kaltem Wasser abzuwechseln, so, dass sie mit abgeschrecktem beginnen, mit kaltem endigen. Wo zwei Badewannen sind, wird die eine mit abgeschrecktem, die andere mit kältem Wasser gefüllt und der Reconvalescent steigt aus der einen in die andere. Doch ist das fleissige Reiben in der abgeschreckten Wanne nicht zu vergessen.

Diejenigen, welche den Kranken abreiben und behandeln, haben keine Ursache, sich vor der Ansteckung zu fürchten.

Die Krankheit ist bei dieser Cur nicht gefährlich, der Verlauf nur kurz und der Anfall in den allermeisten Fällen ohne Nachwehen vor dem Verlaufe einer Stunde gehoben.*)

So ist der Inhalt eines Flugblatts, das im Auftrage von Priessnitz veröffentlicht wurde und mit einer Reihe anderer zeitgenössischer Angaben über seine Hydriatik voll übereinstimmt. Unter Priessnitz wütete die Cholera dreimal auf dem Graefenberge und seiner Umgebung, in den Jahren 1831, 1835 und 1847. Von allen Kranken, die sich seiner Behandlung da unterzogen, starb auch nicht einer. Gewiss der allerschlagendste Beweis für die Vortrefflichkeit seiner Methode. Ueber die erste und kleinste dieser Epidemie besitzen wir ein Briefzeugnis Priessnitzens selber. Auf eine Anfrage über die Cholerabehandlung dictierte er nämlich am 22. August 1848 folgende Antwort: «Was die Cholera betrifft, so wirkte das Wasser schon im Jahre 1831 vortrefflich. Es waren hier 21 Fälle, weniger bei Curgästen (die Graefenberger Wassercur ist das beste Prophylacticum gegen jede Infectionskrankheit, Anm. d. Vrf.) als bei Gesellschaftern und Domestiken. Wohin ich gleich gerufen wurde, machte ich sofort mit einem schwimmendnassen Leintuch, in welches man den Kranken rund um den Körper umhüllte und darauf sehr abrieb (triefende Ganzabreibung), die Cur. Auf die Körperteile, die eine grosse Hitze entwickelten, besonders auf das Rückgrat und die Lenden, liess ich immer kaltes Wasser aufgiessen. Sowie die Hitze nachlässt, so werden Hände und Füsse wärmer, besonders wenn man sie mit dem nassen Tuch frottiert. Hatte der Kranke viele Schmerzen im Leibe, so bekam er Klystiere von ganz kaltem Wasser und wurde mit dem Hintern in ein Schaff kalten Wassers gesetzt und gegen die Uebelkeiten wurden 2—3 Quart kalten Wassers getrunken, damit sie sich erbrechen und so ging das in 20 Minuten oder einer halben Stunde gänzlich vorüber, so dass alle Schmerzen verschwunden waren mit einige Mal Abführen und Erbrechen. Sie waren ausserordentlich ermüdet; ich schlug ihnen ein dickes, nasses, mehrfach zusammengelegtes Leintuch um den Leib und Bauch und legte sie zu Bette, wo selbe bald ruhig einschliefen, dann bekamen sie ein abgeschrecktes Bad (Halbbad) und später ein Sitzbad und trugen über Tag den Umschlag (Leibbinde), den sie noch einige Male wechselten, und fühlten sich dann vollkommen gesund. Nur zwei Fälle ereigneten sich, wo es den dritten Tag wiederkehrte und ich ein paar Stunden mit feuchten Abreibungen im nassen Leintuch, Trockenfrottierungen mit Sitzbad und Klystieren zu tun hatte, bis es wieder gut war. Viele Kranke haben sich auch dadurch curiert, dass sie nasse, gut ausgewundene Leintücher um den Bauch legten und recht viel Wasser tranken".

Endlich schrieb er noch einem seiner Schüler, J. Vick in Rostock, am 12. August 1850: „Ich bin sehr gerne bereit, Ihnen eine Beschreibung der Behandlung der Cholera zu schicken, da Sie schon Viele mit Wasser behandelt haben. Wenn das Vorgeschriebene jetzt im heissen Sommer noch zu wenig eingreifend bei manchen Kranken sein sollte, so rate ich dann, den Kranken eine Wanne mit abgeschrecktem Wasser zu geben und darauf eine Wanne mit ganz kaltem Wasser, um zu sehen, ob es der Kranke aushält, und dann wieder in die abgeschreckte Wanne zurück und dies 4—6 Mal zu wechseln, bis man sieht, dass der Kranke besser ist. Hat sich der Kranke im Bette erholt und der Durchfall ist noch nicht vorüber, so wird dasselbe Verfahren repetiert. Dies Verfahren hat sich mir sehr gut bei sehr hartnäckigen Rückfällen bewährt."

---

*) Vornehmlich zur Technik des obigen Verfahrens sei aus notariell beglaubigten Aussagen von Badedienern der Priessnitz-Zeit sowie aus mündlichen Anweisungen Schindlers noch Folgendes beigefügt: Zu den Abreibungen, sowohl als zu den Sitzbädern liess Priessnitz das kälteste verfügbare Wasser nehmen (eventuell sind die gewünschten niederen Temperaturen durch Zusatz von Eis herzustellen). Vielleicht bei keiner zweiten Krankheit hängt von der exacten Ausführung der Abreibungen das Gelingen der Cur dermassen ab, wie just bei der Cholera. Man sehe zunächst darauf, dass das Leintuch am Körper keine Falten macht. Der Strich mit den Händen längs des Körpers nach abwärts muss sehr kräftig ausgeführt werden, d. h. der Badediener muss beim Herabgleiten der Hände diese stark aufdrücken, den Strich sozusagen mit Schwung ausführen, dann am Körper wieder leicht, respective ohne Druck hinauffahren, wobei derselbe nur sanft berührt wird. Oben angekommen, wird wieder mit Kraft und Schwung herabgefahren und so f., bis der Patient warm geworden ist und seine Haut sich zu röten beginnt. Bei der Abreibung nimmt man zuerst den Oberkörper, Hals, Brust bis zum Bauch, respective zugleich mit der zweiten Hand Nacken, Rücken und Steiss, nach 12—15 Strichen übergeht man auf die beiden Achseln, von da werden die Striche längs den Armen bis zu den Fingern geführt, schliesslich übergeht man auf die beiden Beine. Sind zwei Badediener zur Verfügung, so bearbeitet einer den Oberkörper, der andere die Beine. Nicht jeder Badediener eignet sich zur entsprechenden Ausführung dieser so wichtigen Curprocedur, sondern nur ein sehr geschulter und kräftiger. Die Badediener aus der alten Priessnitz-Zeit führten die Abreibung ganz besonders meisterhaft aus, weshalb sie später auch Josef Schindler am liebsten verwendete. Trotzdem erklärte derselbe einmal: Von 50 Badedienern in Graefenberg kenne ich höchstens 5, welche diese Procedur ganz tadellos machen. Die Klystiere wurden damals ausschliesslich mit der Klystierspritze gemacht. Dieselbe wurde mit ganz kaltem Wasser voll angezogen, dann aber nur ein Teil, etwa 3—4 Esslöffel (46—60 g) eingespritzt, um den Mastdarm zusammenzuziehen (vermutlich aber auch, um reflectorisch das Erbrechen vom Magen zu sistieren). Kaltes Wasser liess Priessnitz die Patienten auch dann noch trinken, wenn sich schon Erbrechen eingestellt hatte. Denn er war der Ansicht, dass es dem Kranken nicht schade, wenn er sich ausbricht. Dann gab er es auch, um Krämpfe zu verhindern, denn, «wenn durch die Diarrhoe alles Wasser aus dem Körper entfernt ist, treten die Krämpfe ein».

Ich gebe all diese einzelnen Ausführungen deshalb so breit, trotzdem sie nur von einem Laien herrühren, weil dieser erstens ein ganz genialer Beobachter, Erfinder und vor allem Therapeut gewesen und weil sich zweitens seine Methode absolut bewährte, nicht bloss unter ihm, sondern auch seinem Nachfolger. Das Verfahren dieses letzteren, des Badearztes Josef Schindler, ist nur in wenigen von dem seines Lehrers Priessnitz verschieden, nur etwas vereinfacht und für den Massengebrauch leichter gemacht. Auch Schindler machte drei Choleraepidemien mit, in welchen er eine sehr grosse Zahl von Kranken teils selbst behandelte, teils durch seine instruierten Badediener behandeln liess und sämtliche heilte, und dadurh seinem Wasserverfahren den Anspruch auf klassische Richtigkeit erwarb.

Seine Vorschriften, wie er sie in den „Graefenberger Mitteilungen" gab, lauten folgendermassen: „Die Behandlung der Cholerakranken, wie ich sie bei meinen häufig gemachten Erfahrungen am wirksamsten fand, zeigt in der nachfolgenden Darstellung, dass sie im wesentlichen von der Behandlung des Priessnitz sehr wenig abweicht. Als Vorbeugungsmittel empfehle ich jeden Morgen gleich aus der Bettwärme eine Abreibung mit einem nassen, in ganz kaltes Wasser getauchten Leintuche zu nehmen, nach dieser Abreibung ein Luftbad durch Fächeln mit einem umgehängten trockenen Leintuche bei offenem Fenster, ferner das Tragen der nassen Leibbinde, welche fünf Mal des Tages zu erneuern ist, und den reichlichen Genuss von frischem Wasser, damit der Urin jede dunkle Beschaffenheit verliert und ein mehr wässeriges, hellgelbes Ansehen gewinnt. Dabei mache man viel Bewegung im Freien, dass stets ein behagliches Wärmegefühl den Körper durchdringe. Im Uebrigen wird die gewohnte Cur mit Ausschluss künstlicher Reizmittel beibehalten. Bei diesem prophylactischen Verfahren dürfte nur selten ein Erkranken an der Cholera stattfinden. Zeigen sich Erscheinungen, welche einigermassen eine bestimmte Besorgnis begründen, z. B. Druck in der Magengegend, auch wohl etwas Uebelkeit, namentlich aber eine leichte Diarrhoe, so werden die Abreibungen nebst Luftbad mehrmals im Tage — 2—3 Mal wiederholt, die nasse Leibbinde, so oft sie trocken zu werden anfängt, immer wieder erneuert, das Trinken kalten Wassers — 2—3 kleine Gläser mit Pausen von 15 Minuten nach einer jedesmaligen Abreibung — wird jetzt sowie auch eine länger dauernde Promenade noch dringender geboten sein; dies genügt jedoch in den meisten Fällen, um die krankhaften Erscheinungen zu beseitigen. Sollten diese dennoch, statt sich zu mindern, zunehmen, Erbrechen und Diarrhoe eintreten, sich krampfhaftes Ziehen und wirkliche Krämpfe in den Extremitäten melden, so treten zu dem vorhergehenden Verfahren noch die Sitzbäder und Klystiere dazu. Das Wasser zum Sitzbade darf höchstens 12° haben und der Kranke bleibt darin solange, bis das Erbrechen aufgehört und der Durchfall sich zu mässigen anfängt. Der Unterleib und das Kreuz wird währenddem kräftig im Wasser gerieben. Wird durch im Sitzbad erfolgenden Stuhl das Wasser verunreinigt oder dasselbe durch die Körperwärme über 12° temperiert, so muss wieder frisches Wasser genommen werden. Während der Kranke sich im Sitzbade befindet, wird ihm öfters kaltes Wasser zum Trinken gegeben, sowie die Füsse zunächst mit nassen Tüchern, sodann mit trockenen gerieben werden. Nach dem Sitzbad wird alsbald wieder eine sehr gut ausgewundene Leibbinde umgelegt und der Kranke zum Spazierengehen in freier Luft veranlasst. Von der Promenade zurückgekehrt, bekommt der Kranke ein kleines kaltes Klystier und wird ins Bett gebracht. Sollte die erzielte Besserung nach einigen Stunden schwinden, so muss die Abreibung mit dem nachfolgenden Sitzbad wiederholt und damit solange fortgefahren werden, als die vorhandenen Symptome dazu auffordern. Bei den höheren Graden der Cholera, wo die Krämpfe, Beklemmungen auf der Brust, Erbrechen und Diarrhoe mit grosser Heftigkeit auftraten, ist die Behandlung folgende. Nachdem auch hier Kopf, Gesicht und Brust mit kaltem Wasser benetzt worden, ein Glas kalten Wassers ausgetrunken und ebenfalls eine kräftige Abreibung und Luftbad vorhergegangen, wird der Kranke in ein Sitzbad gebracht und in dieser Stellung mit einem stark eingenässten Leintuch umhängt, so dass mit Ausschluss des Kopfes jeder freie Teil des Körpers von demselben bedeckt wird. Zwei Badediener knien neben dem Kranken, von denen der eine unermüdlich die Füsse und unteren Extremitäten, der andere aber den Leib, die Magen- und Kreuzgegend reibt. Ein dritter aufrechtstehender Diener reibt Kopf, Hals, Nacken, den Rücken, die Brust und Arme. Auf die wärmer werdenden Körperstellen muss frisches Wasser aufgegossen, und wird das Wasser im Sitzbad zu warm, durch frisches ersetzt werden. Oefteres darreichen von kaltem Wasser zum Trinken darf nicht versäumt werden. Dieses Verfahren wird solange fortgesetzt, bis der Kranke auf der Brust sich freier fühlt, das Erbrechen aufhört, der Durchfall sich mindert und ebenso auch die Krämpfe nachlassen. Hat man diesen Grad von Besserung erreicht, was übrigens nicht selten erst nach Verlauf einer Stunde erzielt ist, so wird der Kranke gut abgetrocknet, ihm eine auf das Stärkste ausgewundene Leibbinde umgelegt und er so ins Bett gebracht. Im Bett wird das trockene Reiben der Hände und Füsse noch länger fortgesetzt. Eine Rückkehr der eigentlichen Choleraerscheinungen ist selten mehr zu besorgen — die Krankheit hat ihren Höhepunkt überschritten und neigt sich zum Besserwerden. Der Kranke ist Reconvalescent. Während dieser Zeit achtet man lediglich darauf, dass die wiederkehrende Körperwärme eine mässige bleibt. Durch öfteres, sogar stundenweises Wechseln der Leibbinde, durch Waschungen des ganzen Körpers mit kaltem Wasser von 14° Wärme 1—2 Mal täglich sowie auch durch Beibringen von kleinen kalten Wasserklystieren hat man es in der Gewalt, dieses Regenerationsstadium des Körpers innerhalb richtiger Grenzen zu erhalten. Bei der Cholera sicca asphyctica, sowie in dem letzten Stadium der Cholera, wo Durchfall und Erbrechen schon aufgehört haben und Lähmung beginnt, findet folgendes Verfahren statt. Der Kranke ist zu schwach zu sitzen oder zu stehen, er wird daher auf eine Strohmatratze oder Wolldecke gelegt und in ein nasses Leintuch eingehüllt, nachdem früher Kopf, Gesicht und Brust mit frischem Wasser stark benetzt worden; 3—4 Personen reiben ihn gleichmässig an allen Körperstellen, indem sie dabei den Kranken auf seinem Lager hin- und herwenden. Wo an irgend einer Stelle über dem Leintuche sich eine Wärmezunahme zeigt, wird kaltes Wasser aufgegossen. Dieses geschieht solange, bis die Krämpfe, die auch hier fast niemals fehlen, nachlassen, namentlich aber, bis die Cholerabläue der Haut einer hochroten Färbung Platz macht und hiermit zugleich die kalten Körperteile sich zu erwärmen anfangen. Lassen jedoch bei diesem Verfahren binnen einer Viertelstunde die Krämpfe nicht nach, tritt keine Rötung der Haut und keine Erwärmung des Körpers ein, so wird der Kranke auf einen trockenen Strohsack, in ein trockenes Leintuch eingehüllt, gelegt und in diesem 8—10 Minuten gerieben, hiernach aber wieder in ein neues nasses Leintuch eingehüllt und in diesem wie früher längere Zeit gerieben, oder überhaupt in der angegebenen Weise fortgefahren, bis die Erscheinungen von Besserung eintreten. Kann der Kranke noch schlucken, so bekommt er auch jetzt öfters kaltes Wasser zum Trinken gereicht, auch werden ihm kleine kalte Klystiere gegeben. Bei diesen länger fort-



gesetzten Abreibungen ist es besonders nötig, dass ein zu starkes und heftiges Reiben vermieden wird, damit die Haut in keinem Fall durch- und wundgerieben wird. Alle hier beschriebenen Proceduren werden stets bei offenem Fenster vollführt, wie denn überhaupt stets die Luft des Zimmers frisch und mehr kühl gehalten werden soll. Zur Nahrung dienen Graupen- und Reisschleim, eine dünne Gries-, Semmel- oder Mehlsuppe, doch darf sie nur kühl gegessen werden. In der Reconvalescenz ist frisch bereitete Buttermilch und Weissbrot am allerbesten und trägt — namentlich erstere — viel zur raschen, völligen Wiederherstellung bei".

Vergleicht man die Vorschriften Josef Schindlers mit jenen von Priessnitz, so sieht man, wie klein der Unterschied ist. Prophylactisch zog jener die kalte Abreibung des ganzen Körpers den kalten Waschungen Priessnitzens vor, wohl der erheblichste, freilich auch naheliegendste Fortschritt. Im ausgebildeten Anfalle aber liess Schindler das Bad nach dem Schlafe weg, was sich bei grösseren Epidemien bereits aus technischen Gründen empfahl, und gab statt dessen eine Ganzabreibung, die Priessnitz ja auch schon empfohlen hatte. In schweren und schwersten Formen endlich ist beider Behandlung ziemlich identisch, wenn auch nach persönlicher Liebhaberei ein wenig variiert.

Ich will mich auf die verschiedenen Theorien, die über die Choleraphaenomene bestehn, hier nicht näher einlassen. Die oben beschriebene wirksame Hydriatik einer jeden derselben anzupassen, ist für den Fachmann ein Kinderspiel. Entscheidend bleibt ja nicht die Theorie, sondern einzig und allein das Mittel zur Heilung. Dass wir in dem Priessnitz-Schindlerschen Verfahren ein solches besitzen, ist nicht zu bezweifeln.

Der Tuberculose-Congress in Washington.

Kurzes Resumee der Verhandlungen.

Von

Dr. S. Unterberger.
St. Petersburg.

Der erste internationale tuberculöse Congress fand statt in Berlin im Jahre 1899, der zweite in Neapel im Jahre 1900, der dritte in London im Jahre 1901, der vierte in Paris im Jahre 1905 und der fünfte im September dieses Jahres in Washington.

1) Bacteriologie des Tuberkelbacillus.

Botanisch ist der Tuberkelbacillus noch lange nicht definitiv festgestellt. Alle Arten und Abarten sind gleichfalls nicht aufgeklärt und der Uebergang einzelner Typen der Tuberkelbacillen wird noch viel Arbeit erfordern, nicht nur im Interesse der Bacteriologie, sondern auch für practische Zwecke.
Höchst interessant war die Isolierung eines Bacillus durch Prof. Barber in Chicago. Mit einem sinnreichen Apparat demonstrierte Barber die Isolierung. Für experimentelle, ja auch für practische Studien eine höchst interessante Errungenschaft.

2) Das Verhältnis zwischen Menschen- und Rindertuberculose.

Ich gebe wieder die wichtigsten Sätze aus der Discussion.
Theobald Smith von der Harvard-Universität (Boston) gebührt das Verdienst, zuerst die Aufmerksamkeit auf gewisse Unterschiede gelenkt zu haben, die zwischen den beim Menschen und beim Rind gefundenen Tuberkelbacillen bestehen. Von Kossel stammen die Ausdrücke Typus humanus und Typus bovinus. «Die Frage, ob Menschen- und Rindertuberculose identisch sind oder nicht», sagt Koch, «ist gewiss von grossem theoretischen Interesse. Aber von noch grösserer Wichtigkeit ist die practische Bedeutung dieser Frage, weil von ihr die Massnahmen zur Verhütung der Tuberculose abhängen.» «Deshalb», sagt Koch in seinem Vortrage, «will ich mich nur auf die Erörterung der practischen Seite dieser Frage beschränken». Auf dem britischen Tuberculose-Congress im Jahre 1901 stellte Koch folgende Leitsätze auf:

1) Die Tuberkelbacillen der Menschentuberculose sind verschieden von denen der Rindertuberculose.

2) Menschen können durch Rindertuberkelbacillen inficiert werden; aber schwere Erkrankungen kommen hierdurch sehr selten zustande.

3) Verhütungsmassregeln gegen Tuberculose sollten deshalb in erster Linie gegen die Verbreitung der Menschentuberculosebacillen gerichtet sein.

Die Gegner Kochs haben versucht, ihn zu widerlegen durch den Nachweis, dass der Tuberkelbacillus des humanen Typus durch Tierpassage oder durch Cultivierung unter künstlichen Bedingungen in den Tuberkelbacillus des bovinen Typus und umgekehrt umgewandelt werden kann. In dieser Beziehung konnte Koch nur wiederholen, dass er nur Interesse habe an der practischen Bedeutung der Unterschiede zwischen den beiden Typen von Tuberkelbacillen. «Ich bestreite garnicht», sagt Koch, «dass culturelle Umwandlungen sowohl mit diesen, als mit anderen Bacterien vorgenommen werden können; aber dies ist eine Frage von rein theoretischem Wert.
Alle kompetenten Forscher sind einig, dass der Tuberkelbacillus menschlichen Ursprungs verschieden ist vom Tuberkelbacillus des Rindes, und dass wir infolge dessen einen Unterschied machen müssen zwischen einem Typus humanus und einem Typus bovinus.
Die Tuberkelbacillen der humanen Typus sind dadurch characteristisch, dass sie schnell und reichlich in einer dicken Schicht auf Glycerinserum wachsen. Sie sind virulent für Meerschweinchen, wenig virulent für Kaninchen und fast avirulent für Rinder.
Die Tuberkelbacillen des bovinen Typus wachsen dagegen sehr langsam und in einer dünnen Schicht auf Glycerinserum, sie sind von gleichmässig hoher Virulenz für Meerschweinchen, Kaninchen und Rinder.
Nach meiner Kenntnis sind Tuberkelbacillen des humanen Typus niemals bei Rindern nachgewiesen worden.
Wenn wir bedenken, dass $^{11}/_{12}$ der tuberculösen Menschen an Tuberculose der Lungen sterben, und dass nur $^{1}/_{12}$ an allen anderen Tuberculoseformen zusammen, nur ein kleiner Teil der primären Darmtuberculose zugeschrieben ist, und dass von dieser wiederum nur ein Teil der bovinen Infection angehört, dann muss zugegeben werden, dass bovine Infection ein seltenes klinisches Vorkommnis ist».

Calmette stellt die Infection auf dem Verdauungswege in den Vordergrund. Die Bacillen werden nach seiner Meinung selten in den Mesenterialdrüsen junger Kinder zurückgehalten, sondern dringen in den Organismus ein und gehen bei Localisierung in den Lungen hinsichtlich der morphologischen und biologischen Eigenschaften solche Veränderungen ein, dass humaner Typus angenommen werden kann. Ein derartiger Polymorphismus kommt in der Bacteriologie so häufig vor, dass man ihn bei Betrachtung des Tuberkelbacillus nicht leugnen soll.
Die Tuberkelbacillen des bovinen Typus können dagegen beim Menschen vorkommen. Sie sind in den Cervikaldrüsen nur am Verdauungstractus gefunden. Aber mit wenigen Ausnahmen sind diese Bacillen wenig virulent für Menschen und bleiben localisiert.
Von allen Menschen, die an Tuberculose zugrunde gehen, sterben ungefähr $^{11}/_{12}$ an Lungentuberculose und nur $^{1}/_{12}$ an anderen Formen der Krankheit. Bis jetzt sind in keinem Fall von Lungentuberculose die Tuberkelbacillen des bovinen Typus mit Sicherheit nachgewiesen, was von Niemand auf der Sitzung beanstandet wird.
Wenn bei weiterer Untersuchung festgestellt werden sollte, dass Lungentuberculose ausschliesslich durch den Tuberkelbacillus des humanen Typus verursacht wird, dann wird die Frage entschieden sein zugunsten des Standpunctes, den ich einnehme und wir müssen unsere Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberculose mit allen Mitteln in erster Linie gegen die Tuberkelbacillen des humanen Typus richten.

Ravenel (Amerika). Habe ich recht oder unrecht in der Annahme, dass die deutsche Commission den bovinen Typus des Bacillus als Ursache eines Falles von Miliartuberculose der Lungen gefunden hat?

Koch. Acute Miliartuberculose der Lungen ist nicht Lungenschwindsucht.

Koch. Ich möchte die Frage stellen: Wie häufig kommt primäre Intestinaltuberculose oder Tuberculose der Mesenterialdrüsen bei Kindern vor? Die Ansichten der pathologischen Anatomen gehen in dieser Frage weit auseinander.

Koch. Was nun die von Calmette geäusserte Meinung betrifft, so habe ich längst erwartet, dass Jemand das Argument vorbringen würde, dass die Bacillen ihren Character auf dem Wege vom Mesenterium zu den Lungen ändern. Aber dieses, meine Herren, ist eine reine Hypothese, die durch nichts

gestützt wird. Im Gegenteil, alles, was wir darüber gegenwärtig wissen, spricht gegen diese Hypothese; denn es muss als feststehend gelten, dass der bovine Tuberkelbacillus seinen Character eine sehr lange Zeit bewahrt. Ich habe wiederholt virulente bovine Tuberkelbacillen in alten, verheilten, streng localisierten und teilweise verkalkten Drüsen gefunden, in welcher diese Bacterien eine sehr lange Zeit lebensfähig geblieben sein müssten. Ebenso habe ich wiederholt Gelegenheit gehabt, typische, warzenähnliche Geschwülste an den Händen von Arbeitern zu untersuchen, die mit Schlachtung tuberculoser Rinder beschäftigt waren. Selbst wenn solche Knötchen an den Fingern dieser Kranken jahrelang bestanden, liessen sich Bacillen des deutlich bovinen Typus aus ihnen isolieren.

Ich möchte nochmals die Aufmerksamkeit auf die Tatsache lenken, dass der Hauptangriffspunct die menschliche Tuberculose ist, weil $^{11}/_{12}$ der Kranken an dieser Form der Infection zugrunde gehen. Ich gebe zu, dass bovine Infection gelegentlich vorkommen kann, und ich wünsche nicht so verstanden zu werden, als ob ich die Bestrebungen zur Tilgung der Rindertuberculose, soweit sie aus landwirtschaftlichen und öconomischen Gründen hervorgehen, missachtete. Aber ich meine, man soll diese Vorschläge nicht zu Unrecht in den Vordergrund stellen gegenüber den Bestrebungen zur Bekämpfung der Menschentuberculose.

Ich habe selbstverständlich niemals gegen Massnahmen gesprochen, welche die Versorgung mit Milch und Milchproducten betreffen, die keimfrei sind oder frei gemacht werden, schon aus dem Grunde, weil durch inficierte Milch mancherlei Krankheiten, wie Typhus etc. übertragen werden können. Ich wende mich nur dagegen, dass diese an sich nützlichen Massnahmen bei der Bekämpfung der Tuberculose in den Vordergrund gestellt werden. Die bisherigen Massnahmen, wie Sanatorien, Tuberculosehospitäler, Verbesserung der Wohnungen, Sprechverbot etc. die gegen die Verbreitung der menschlichen Tuberkelbacillen gerichtet sind und schon recht beträchtliche Erfolge gezeitigt haben.

Nach Flügges Angaben ist die Sterblichkeit an Darmtuberculose in Ländern, wo die Kinder mit Muttermilch aufgezogen werden, wie in der Türkei, Aegypten, Canada, Japan, Süd-Afrika u. a. L. nicht geringer, als in Ländern, wo die Kinder nur Kuhmilch erhalten.

3) Alt-Tuberculin—Koch hat bei der Behandlung der Schwindsüchtigen das Bürgerrecht erhalten. Nicht nur in der alten, sondern auch in der neuen Welt wird dieses Mittel mit grossem Erfolg angewandt, nicht nur in Sanatorien und Hospitälern, sondern auch ambulatorisch. Die Dosen werden allerdings sehr minimal angewandt. Statt der Dosen von einem Milligramm und höher, wendet man es im Beginn an mit $^{1}/_{10000}$ ja $^{1}/_{100000}$ Milligr. Spengler in Davos hat in einigen Fällen, wo das humane Tuberculin nicht wirken wollte, das bovine angewandt und die Krankheit verlief darauf günstig.

4) Für die Differentialdiagnose der Infection mit bovinen und humanen Tuberkelbacillen benutzte Detre (Budapest) mittels cutaner Impfung nach Pirquet drei Präparate nebeneinander: das Koch'sche Alttuberculin, ein humanes und ein bovines Bacillenfiltrat. Detre glaubt aus den Ergebnissen der Reactionen (Grösse der an der Impfstelle entstehenden Papel) wichtige Schlüsse hinsichtlich der Art der Infection, der spec. Therapie und der Prophylaxe ziehen zu können. Auf die Frage, ob Detre bei seinen Versuchen mit bovinem Tuberculin das Sputum der Patienten auf Bacillen untersucht hätte, verneinte Detre und fügte hinzu, dass diesbezügliche Arbeiten noch bevorständen. Ueber das Resultat dieser interessanten Versuche lässt sich noch nichts sagen.

5) In Bezug auf Sanatorien waren die verschiedensten Meinungen vertreten, wobei die Behandlung in geschlossenen Anstalten ziemlich in den Hintergrund trat. Vor allem verlangte man billigere Ausstattung der Sanatorien, um sie einer grösseren Zahl von Patienten zugänglich zu machen. Weiter wird leichte Arbeit im Freien statt der früher so beliebten Liegecur für fieberlose Fälle empfohlen. Im Sanatorium New Haven, welches von Dr. Flick ins Leben gerufen, arbeiten die Kranken im Freien bis zu 8 Stunden. Ferner werden Sanatorien für Fälle in den späteren Stadien, wo von permanenter Besserung nur selten die Rede sein kann, dringend gefordert. Kolonien für noch arbeitsfähige Phthisiker in der Nähe der Stadt erfreuten sich fast allgemeinen Beifalls.

Was die Diät in den Sanatorien betrifft, so sprach sich Fischer (New-Haven) dahin aus, dass das tägliche Colorienmass von ungefähr 3000 am zweckmässigsten erscheine, eine Anschauung die ich stets vertreten und die in jedem Hospital leicht durchgeführt werden kann.

Bei der Frage über Infection in Sanatorien und Tuberculose-Hospitälern sprach sich v. Leube dahin aus, dass ein eigenes Pflegepersonal erforderlich sei, welches wegen der Ansteckungsgefahr nach ein bis zwei Jahren abgelöst werden soll. Williams betont gegenüber von Leube, dass tuberculöse Erkrankungen der Pflegerinnen in den englischen Hospitälern durchaus selten vorkommen. Auf meine Frage, was die Pflegerin macht, die ich im Jahre 1896 bei ihm im Bromptom-Hospital for consumption gesehen, die damals 26 Jahre im Hospital diente und deren Eltern und alle Geschwister an der Schwindsucht gestorben waren — antwortete mir Williams, sie lebt und ist gesund, aber wegen hohen Alters pensioniert.

6) Die Dispensaires antituberculeux oder Fürsorgestelle, d. h. Ambulanzen, wo die Kranken untersucht, behandelt und in Sanatorien oder Krankenhäusern nach Möglichkeit untergebracht werden, wobei die philantropische Seite eine Hauptrolle spielt. Damencomitees sind verbunden mit diesen Einrichtungen und die Mitglieder desselben besuchen die Kranken und sorgen für Verbesserung der Wohnung, der Kleidung und Nahrung. Die Dispensaires finden überall volle Anerkennung und vermehren sich riesig. Im kleinen Grossherzogtum Baden sind schon circa 500 solcher Institute. In Holland verbreiten sich diese Einrichtungen auch aufs flache Land.

7) Verbesserung der Arbeiterwohnungen nahmen, wie zu erwarten, eine hervorragende Stelle ein, wozu die Tuberculose-Ausstellung ausgiebiges Material lieferte. Es stellte sich heraus, dass in dem reichen New-York 200000 Familien leben in dunklen, schlecht gelüfteten, schmutzigen Wohnungen, die nur aus einem Zimmer mit 1 oder 2 Fenstern und einem Alkoven bestehen. Hier ist für die Dispensaires eine segensreicher Wirkungskreis.

8) Fürsorge für die vorgeschrittenen Fälle von Tuberculose in Hospitälern und Häusern war Gegenstand zahlreicher Debatten. Während Leube, Jacoby, Flick u. A. dafür waren, die schwereren Fälle von Tuberculose in Hospitälern zu isolieren und zwar in nächster Nähe der Verwandten, damit ausser den Kranken, auch ihre Anverwandten beim Besuch erzogen werden zum hygienischen Leben, waren andererseits auch viele, die für eine Hausbehandlung sich aussprachen. An der Spitze dieser letzteren stand Koch. Koch sah, dass die Leprösen in Japan rigoros isoliert werden und zwar schon seit Decennien, aber eine Verminderung ist nicht zu constatieren. Bevor die Leprösen und Schwindsüchtigen als solche erkannt, haben sie bereits viel Ansteckungsstoff verbreitet und ebenso die Tuberculösen nach ihrer Entlassung aus den Sanatorien mit noch vorhandenem Bacillenbefund im Sputum. Da nun nicht alle Tuberculöse so lange isoliert werden können, bis keine Bacillen im Sputum sich finden, so wäre es besser, sagt Koch, Tuberculöse zu Hause zu behandeln. Wenn das auch keine vollkommene Isolierung darstellt, so ist damit doch sehr viel erreicht, wenn nur die Kranken und die Umgebung zur Reinlichkeit erzogen werden. «Wir müssen alle Mittel anwenden», sagt Koch, «im Kampfe mit der Tuberculose».

Dieser Gedanke war für mich von grossem Wert, da ich ja seit vielen Jahren die Einrichtung von Haus-Sanatorien, sowohl in Hospitälern, als auch in Privathäusern, befürworte. Ein zur Reinlichkeit erzogener Schwindsüchtiger stellt keine Gefahr dar für die Umgebung.

9) Die Tuberculose-Ausstellung war mit die grösste auf diesem Gebiete. Am meisten zeichneten sich die Americanischen Staaten aus. Modelle, Pläne, Zeichnungen, stereoscopische Bilder u. s. w. illustrierten die verschiedenartigsten Fragen der Phthisiologie. Für die Belehrung und Erziehung war in allen Sprachen ein grosses Material ausgestellt. Wie ein roter Faden zog sich durch alle Vorträge und Ausstellungsgegenstände die Frage der hygienischen Erziehung. Sogar der Phonograph fand Anwendung im Dienste des Kampfes mit der Tuberculose. In kurzer lauter Rede wurde durch den Phonographen die prophylactische Bedeutung im Kampfe mit der Schwindsucht vorgetragen. Im Laufe von einigen Monaten wurde auf diese Weise in verschiedenen Städten 500000 Zuhörern die Rede vorgetragen.

Die deutsche Ausstellung war die am besten ausgerichtete Abteilung; auch die schwedische bildete ein abgeschlossenes Bild dar. Officiel war leider keine russische Ausstellung geplant, schliesslich war aber Folgendes ausgestellt: 1) von Dr. Gabrilowitsch: Zeichnungen und Pläne des kaiserlichen Sanatoriums (Halila); 2) von Dr. Sueff und Sinowjeff zwei grosse colorierte Tabellen mit Diagrammen über die Morbidität und Mortalität im Marineressort in den letzten 30 Jahren; 3) von Dr. Unterberger eine ähnliche Tabelle mit Diagrammen über Morbidität, Mortalität und Beurlaubung Schwindsüchtiger im Militärressort im Laufe der letzten 10 Jahre, eingeteilt nach Militärbezirken; 4) von Dr. Unterberger eine grosse illustrierte Tabelle, (Домашняя Санаторія) House-Sanatorium in englischer Sprache mit 12 Thesen; diese Tabellen in englischer Sprache wurden in 700 Exemplaren verteilt.

Ausserdem waren vom verstorbenen Prof. Al. Poehl eine grosse Collection von Lactalexin mit Beschreibungen in englischer Sprache zur Verteilung auf dem Congress zugeschickt.

Der Washingtoner internationale Tuberculose-Congress hat sehr viel Interessantes und Anregendes gebracht. Hoffentlich wird dieser Congress auch in Russland einen Anstoss geben, mit mehr Energie, mit mehr System zu kämpfen gegen die Schwindsucht, diese Geissel der Menschheit.

Referate.

Rütimeyer: Oeltherapie bei Magenkrankheiten. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1908. Nr. 20 u. 21.

R. berichtet über 75 Fälle, bei denen er nach Cohnheim etwa 100 gr. Oel morgens nüchtern und zuweilen 15–30 gr. 2 × täglich vor dem Essen gegeben hat, hier und da auch Mandelemulsion. Bei 21 Fällen von Ulcus ventr. war der Erfolg 19 Mal ein guter, 5 Mal ein bleibender. 12 Fälle von Magensaftfluss besserten sich alle wesentlich. Die Acidität nahm hier, wie beim Ulc. ventr. meist ab. Bei 6 Fällen von benigner Pylorusstenose mit Ectasie wurde die Motilität 2 Mal gebessert, viermal nicht; die Acidität wurde 2 Mal herabgesetzt. Von 11 Fällen von Magencarcinom zeigten 3 eine Besserung der Motilität und 2 eine solche der subjectiven Beschwerden. Bei 10 Fällen von Carcinoma oesophagi seu cardiae war 6 Mal eine Besserung der Dysphagie zu constatieren. Von 8 Fällen nervöser Hyperacidität besserten sich 7 schnell. Bleibende Herabsetzung der HCl fand sich 2 Mal. Von 7 Fällen sonstiger Neurosen besserten sich 2.

Von den 75 Kranken vertrugen nur 4 das Oel so schlecht, dass diese Therapie nach einigen Tagen wegen Uebelkeit, Brechreiz und Appetitlosigkeit aufgegeben werden musste. 6 andere vertrugen es zuerst schlecht, gewöhnten sich jedoch allmählich daran. Hier und da wurden auch 50 gr. vertragen, 100 dagegen nicht.

Die Zeitdauer der Oelbehandlung betrug einige Tage bis zu 3 Monaten. Einen schädigenden Einfluss auf die Magensecretion hat R. nie gesehn.

Am günstigsten war somit der Erfolg bei Magensaftfluss, am wenigsten gut bei den Magencarcinomen.

R. empfiehlt die Methode den Collegen aufs wärmste.

O. Moritz.

J. K. Baron Manteufel-Szöge: Experimentelle Untersuchung der Skeletgewebe, welche dem Erfrieren und einer Stauung ausgesetzt waren. Inaug. Diss. (russisch). Dorpat (Jurjew). 1908.

Verf. experimentierte unter der Leitung von Prof. Dr. W. Zöge von Manteufel an Meerschweinchen, deren hintere Extremität er durch Aetherspray von 3½–7 Minuten Dauer zum Gefrieren brachte, und untersuchte die von den früheren Versuchen von Rudnicki (Zur Frage über die Veränderungen der Gewebe von Extremitäten, welche dem Erfrieren unterworfen worden waren. Inaug. Diss. Dorpat (Jurjew) 1899) erhaltenen Knochen. Verf. gelangte zu folgenden Schlüssen: Stauung und Gefrieren bewirken im wesentlichen gleiche Ernährungsstörungen, jedoch in verschiedenem Masse, infolge dessen auch die Erscheinungen dieser Störungen verschiedene sind. Am Skelet werden beim Gefrieren und bei der Stauung Erscheinungen der De- und Regeneration angetroffen; zu den ersteren gehören: Schwund des Fettmarkes, dessen trübe Entartung, Blutungen und Zerfall desselben, schleimige Entartung, Schwund des Färbevermögens der Knochenzellen, Resorption des Knochengewebes und andere; zu den Regenerationserscheinungen gehören: Bildung von Knochen- und Bindegewebe, Zellteilungen im Knorpel, Auswachsen des Periostes und andere. Die Re- und Degeneration geht Hand in Hand. Das Gefrieren wirkt in den Versuchen des Verf. als eine stärkere Reizung als die Stauung, infolge dessen beim Gefrieren die Ernährungsstörungen und die Reaction der Skeletgewebe stärker sind als bei der Stauung. Bei dieser wiegt die Resorption des wenig veränderten Knochengewebes, beim Gefrieren die Neubildung desselben und der Wiederersatz des alten abgestorbenen Knochens durch dasselbe vor. Bei der Stauung verläuft die Reaction der Gewebe im allgemeinen vom Centrum des Knochens zur Peripherie, beim Gefrieren in umgekehrter Richtung. Dementsprechend ist auch die Resorption des Knochengewebes in beiden Fällen eine verschiedene. Die Veränderungen am Skelet sind am stärksten an den Stellen der stärksten Reizung, infolge dessen nehmen in den Gefrierungsversuchen die Veränderungen zur Peripherie der Extremität, in den Stauungsversuchen nach oben zum Constrictionsring am Oberschenkel zu. Eine Regeneration des Knochengewebes ist sowohl von dem Periost als vom Knochenmark möglich, die vom Periost ausgehende ist jedoch die ausgiebigere. Der Knorpel ist einer Kältewirkung gegenüber sehr empfindlich, wird jedoch schwieriger als die übrigen Skeletgewebe regeneriert. Die Ursache der Knorpeldegeneration sind häufig Blutungen in die Gelenkhöhle. Die Resorption des Knochengewebes erfolgt hauptsächlich durch Osteoklasten und Riesenzellen. Das schleimig degenerierte Knochenmark ist unfähig, sich an der Bildung neuen Knochengewebes zu beteiligen. Die in den Präparaten nach dem Gefrieren und einer Stauung gefundenen Gefässveränderungen hindern infolge Alteration der Ernährung die Rückkehr der geschädigten Teile zur Norm.

V. Schmidt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Hofrat Prof. Dr. K. Chrobak und Hofrat Prof. Dr. A. von Rosthorn. Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. II. Teil: Die Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Mit 90 Abbildungen und 2 Tafeln. Wien und Leipzig. Alfred Hölder. 1908.

Der zweite Teil des Werkes von Chrobak und von Rosthorn handelt von den Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. In einer Reihe von Capiteln werden in erschöpfender Weise alle Abnormitäten auf diesem Gebiet geschildert, erläutert durch eine grosse Anzahl der vorzüglichsten Abbildungen. Auf jeden Abschnitt folgt eine diesbezügliche umfassende Literaturangabe. Dieser Teil hat einen Umfang von 272 Seiten, woraus schon zu ersehen ist, wie genau und ausführlich beide Autoren dieses Thema bearbeitet haben.

Fr. Mühlen.

Д-ръ мед И. Р. Сажинъ. Наслѣдственность и спиртные напитки. С.-Петербургъ. 1908. Цѣна 30 коп. (Dr. med. Sashin: Heredität und Alcoholismus).

Dass die Menschen in dem Alcohol einen argen Feind besitzen, der nicht nur das Individuum selbst schädigt, sondern auch deletäre Einwirkungen auf die Nachkommenschaft in psychischer und physischer Beziehung ausübt, ist für den Mediciner eine zu gut bekannte Tatsache, und der Fachmann erfährt auch nichts Neues in dem vorliegenden Büchlein. Verf. hat auch seine Skizze über diese verderblichen Eigenschaften des Alcohols zur Kenntnisnahme bestimmt für die Eltern und Erzieher der Jugend und für letztere selbst Wir können dieser kleinen Abhandlung nur weite Verbreitung in den Laienkreisen wünschen.

Hecker.

Prof. Dr. Albert Bing-Wien. Ohrenheilkunde. Zwölf Vorlesungen für Studierende und Aerzte. Zweite verbesserte Auflage, mit 28 Abbildungen im Texte und 5 Tafeln. Wien und Leipzig. W. Braumüller, 1908. Preis M. 4.

Vorliegendes Buch soll «dem Studierenden und Arzte hauptsächlich das ordentlich darbieten, was in der otiatrischen Praxis gewissermassen wie das tägliche Brot gebraucht wird». In Form von 12 Vorlesungen bespricht Verfasser die Untersuchung vom äusseren Ohrteil aus, die Untersuchung durch die Eustach. Ohrtrompete, die Functions- oder Hörprüfung, Exposé über die Krankheiten des Hörorgans im allgemeinen, Krankenexamen, krankhafte Zustände des äusseren Ohrteils, die krankhaften Veränderungen des Trommelfells, Katarrh des Mittelohres, Entzündung des Mittelohres, chronische eitrige Mittelohrentzündung, sclerosierende Form der Mittelohrentzündung (Otosclerose), krankhafte Affectionen des nervösen Hörapparates, über Hörprothesen, Taubheit, Taubstummheit. —

Die Darstellung des Werkes ist eine sehr klare und trotz seiner Kürze eine vollständig genügende, um in jedem Falle eine Grundlage für eine practische Prüfung, frühzeitige Erkennung und richtige Behandlung der Ohrenkrankheiten zu geben. Practischen Aerzten und Studierenden kann das Studium des Buches warm empfohlen werden, manche wertvollen Fingerzeige wird es auch dem Specialisten geben.

A. Sacher.

Diagnostisch - Therapeutisches Lexikon für practische Aerzte. Herausgegeben von Prof. Dr. K. Bruhns in Berlin, Priv.-Doc. Dr. A. Bum in Wien, Prof. Dr. S. Gottschalk in Berlin, Prof. Dr. W. Kausch in Berlin, Prof. Dr. F. Klemperer in Berlin, Priv.-Doc. Dr. A. Strasser in Wien. Mit 219 Abbildungen. Berlin und Wien. Urban und Schwarzenberg. 1908. III. Band. Mk. 25.

Der dritte und somit auch letzte Band des diagnostisch-therapeutischen Lexikons ist nunmehr erschienen; das ganze Werk liegt fertig vor. Ebenso wie an den beiden vorhergehenden Bänden haben sich dieselben Autoren auch am letzten beteiligt, so dass derselbe einen würdigen Abschluss des Ganzen bildet.

Jeder Artikel ist auf das Genaueste bearbeitet, überall sind die neuesten Ergebnisse der medicinischen Forschung berücksicht, so dass wir in diesem Werk ein Nachschlagebuch haben, auf das wir uns verlassen können und das uns gute Dienste leisten wird.

Fr. Mühlen.

Protokoll der IX. Jahresgeneralversammlung

der Livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe am 31. August 1908 im Saale der St. Johannisgilde in Riga.

Im Hinweise darauf, dass die erste, zum 21. Aug. d. J. in Dorpat angezeigte Generalversammlung wegen ungenügender Anzahl der damals erschienenen Mitglieder nicht zustande gekommen war, eröffnet der Präses, Dr. H. Truhart, die in Grundlage des § 24 der Statuten, Anmerkung, nunmehr beschlussfähige Jahres-Generalversammlung. Der Präses begrüsst die Anwesenden, heisst den Delegierten der Nachbarprovinz, Estland, Herrn Dr. med. E. Thomson, besonders willkommen und ersucht ihn, dem Brudervereln in Reval den Gruss der Versammlung zu übermitteln.

Nachdem an Stelle des durch häusliche Verhältnisse am Erscheinen in letzter Stunde verhinderten Secretärs, Dr. K. Pfaff, Herr Dr. G. Weidenbaum zum stellvertretenden Schriftführer erwählt worden, gedenkt Präses in warmen Worten der sechs Collegen, welche der Verein im verflossenen Jahre durch den Tod verloren hat: Dr. E. Jaesche-Dorpat († 9. VIII. 1907), Dr. Chr. Ströhmberg-Dorpat († 6. IX. 1907), Dr. W. von Raison-Doblen († 6. X. 1907), Dr. F. Waldhauer-Windau († 14. X. 1907), Dr. P. Grossberg-Siuxt († 17. XI. 1907) und Dr. R. Meywald-Arensburg († 29. IV. 1908).

Die Anwesenden ehren das Andenken der verstorbenen Mitglieder, indem sie sich von den Sitzen erheben. — Vor Eingang in die vorliegende Tagesordnung gibt der Präses, da wieder ein Triennium abgelaufen ist und eine Neuwahl des Vorstandes bei Verlegung der Administration nach Riga bevorsteht, in gedrängter Kürze folgenden Rückblick über die Tätigkeit des Vereins seit dessen nunmehr neunjährigem Bestehen.

Wie Ihnen, m. H., bekannt, war die Anregung zur Gründung eines Livländischen ärztlichen Rechtsschutzvereins im Jahre 1899 aus der Mitte der Dorpater Aerzte hervorgegangen. In Grundlage der Mitteilung des Medicinal-Departements vom 15. März 1899 sub Nr. 2065 war unsere Aerztegesellschaft vom Ministerium des Inneren als «Livländische Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe» bestätigt worden und waren demgemäss die Statuten des Hauptvereins in dem gleichen Wortlaut auch von uns zu acceptieren. Am 5. Mai desselben Jahres war die constituierende Versammlung in Dorpat zusammengetreten und auf dieser in Grundlage der Statuten aus der Zahl der Gründer für das erste Triennium der Vorstand und das Ehrengericht gewählt worden. Die Zahl der Mitglieder des Vereins, welcher sich zunächst nur aus jenen — und zwar 19 ausschliesslich in Dorpat ihren Wohnsitz habenden — Gründern zusammensetzte, erfuhr in den beiden ersten Jahren den rapiden Zuwachs von 280 Mitgliedern. Diese relativ rege Beteiligung schien Gewähr dafür zu bieten, dass die Gründung des Vereins einem in unserer Aerztewelt lebhaft empfundenen Bedürfnis nach einem engeren collegialen Zusammenschluss entsprach. Dieses rasche Anwachsen der Mitgliederzahl war zu nicht geringem Teil dem Umstande zuzuschreiben, dass die Aerzte der Schwesterprovinz Kurland — in manchen Fällen in corpore als dort bestehende Aerztegesellschaften — unserem Verbande in Grundlage des § 4 der Statuten beitraten. So erweiterte sich unsere Livländische Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu einem Liv- und Kurländischen ärztlichen Hilfs- und Rechtsschutzverein. In der Schwesterprovinz Estland lagen die Verhältnisse, wie sich damals herausstellte, insofern anders, als in Reval schon seit mehreren Jahren eine locale Filiale des St. Petersburger Hauptvereins fungierte. In freundlichem Entgegenkommen erklärte sich aber der Revaler Aerzteverein gerne bereit, mit dem jüngeren Liv- und Kurländischen ärztlichen Rechtsschutz- und Hilfsverein durch gegenseitige Delegationen zu den Jahres-Generalversammlungen in rege Fühlung zu treten.

Der Mitgliederbestand unseres Vereins hat sich leider nicht auf der gleichen Höhe erhalten. 27 Mitglieder haben wir im Laufe der Jahre durch den Tod verloren, eine relativ nicht geringe Zahl musste laut § 6 der Statuten wegen nicht rechtzeitiger Einzahlung des jährlichen Mitgliedbeitrages aus der Liste gestrichen werden, endlich traten manche Mitglieder aus anderen Gründen aus.

Ausser den ein Mal jährlich wiederkehrenden Jahres-Generalversammlungen, welche gelegentlich der Aerztetage der «Gesellschaft Livländischer Aerzte» abgehalten wurden, haben ausserordentliche Generalversammlungen nicht stattgefunden. Der für alle 3 Triennien mit ganz vereinzelten Ausnahmen wiedergewählte Vorstand des Vereins ist während des 9-jährigen Bestehens dieses insgesamt zu 82 officiellen Sitzungen zusammengetreten, ausserdem sind zu wiederholten Malen Commissionssitzungen zur Beratung von Specialfragen und bei besonders wichtigen Angelegenheiten ausserordentliche Vorstandssitzungen, zu deren Beratung der Jurisconsult des Vereins und die Ehrenrichter resp. deren Ersatzcandidaten hinzugezogen wurden, abgehalten worden. Von dem laut § 18 der Statuten der Minorität des Vorstandes zustehenden Rechte, ihr Minoritätsvotum der allgemeinen Mitgliederversammlung vorzulegen, ist kein einziges Mal Gebrauch gemacht worden.

Das Ehrengericht des Vereins hat im Verlaufe der neun Jahre 5 Mal in dazu gewordener Veranlassung getagt und hat sich diese Institution als durchaus segensreich bewährt, indem es gelang, so manche sehr ernste Konflicte zwischen Collegen in friedlicher Weise beizulegen.

In den verschiedenen Städten Liv- und Kurlands war der Verein durch 28 Vertrauensärzte vertreten, zwei dieser Aemter sind gegenwärtig vacant geworden und durch Neuwahl zu besetzen.

Officielle Gesuche um Rechtsbeistand, eventuell durch den Jurisconsulten des Vereins sind insgesamt ca. 70 Mal beim Vorstande eingelaufen, und zwar handelte es sich bei diesen:

1) ca. in der Hälfte aller Fälle um Honorarforderungen der Herren Aerzte an Gutshöfe, Bauerngemeinden oder Einzelpersonen. In denjenigen Fällen, welche Verweigerung eines Honorars oder Beanstandung der Höhe eines solchen involvierten, also in den Fällen, welchen eine gewisse principielle Bedeutung zukommt, übergab der Vorstand die Angelegenheit dem Jurisconsulten des Vereins zur Austragung; in den Fällen, in welchen es sich lediglich um Beitreibung rückständiger Honorare handelte, gab der Vorstand meist den Rat, die Sache einem ortsansässigen Rechtsanwalt — natürlich auf Kosten des Vereins — zu übergeben, schon aus dem Grunde, weil es bei den geringen dem Vereine aus den niedrig bemessenen Mitgliedsbeiträgen zufliessenden Geldmitteln ganz ausgeschlossen erscheint, dass selbst nur die durch die weiten Reisen des Vereinsjurisconsulten in die Städte Liv- und Kurlands hervorgerufenen Unkosten gedeckt, geschweige denn der diesem hierdurch erwachsende Zeitverlust vergütet werden kann. Es sei solches besonders hervorgehoben, weil dieser zweite vom Vorstande eingehaltene Modus bei den Herren Collegen oft böses Blut gemacht hat und in so manchen Fällen sogar zu deren Austritt aus dem Verein Veranlassung geboten hat. Die Jahres-Generalversammlung, welcher der Vorstand diese seine Stellungnahme zur Beurteilung unterbreitete, hat den gehandhabten Modus für durchaus begründet erachtet und gutgeheissen.

2) In vielen Fällen handelte es sich um Beschwerden der Aerzte resp. Professoren über Verweigerung von Expertisen- oder Diätengelder von seiten der betreffenden Behörden.

3) In mehreren um verleumderische Diffamation durch die Presse, in anderen um Schädigung in der ärztlichen Stellung, um den Gesetzen der Collegialität zuwiderlaufendes Verfahren; ferner um Klagen von Laien gegen Aerzte wegen zu hoch bemessener Honorare, um Entschädigungsklagen der Angehörigen wegen ohne Einwilligung der Patienten vorgenommener Operationen, endlich um Beschwerden der Aerzte wegen ungesetzlicher Citationen vor die Behörden oder um Klagen gegen die Procuratur wegen Beschuldigung der Ausstellung angeblich falscher ärztlicher Zeugnisse, u. s. w.

Bei der besonders häufig sich wiederholenden Inanspruchnahme des Vorstandes durch die Mitglieder behufs Wahrung ihrer persönlichen Interessen und ihres Rechtsanspruches den Behörden gegenüber, sowie angeregt durch die direct dahinlautende Bitte einzelner Mitglieder, hat es der Vereinsvorstand

für zweckentsprechend erachtet, den Jurisconsulten des Vereins darum zu ersuchen, in detaillierter Weise alle in die Rechtssphäre der Aerzte hineinschlagenden Paragraphen aus dem Swod Sakonow und die diesbezüglichen ministeriellen Circulärvorschriften sorgfältig zusammenzustellen und in einer Gesamtarbeit zu vereinigen. Herr Rechtsanwalt S. Lieven hat, zugleich die auf diesem Gebiete gemachten practischen Erfahrungen der im Staatsdienst stehenden Vorstandsglieder des Vereins verwertend, in liebenswürdigem Entgegenkommen sich dieser grossen Mühewaltung unterzogen, und von Herrn Dr. Ströhmberg sind zugleich schematische Formulare für die in Einzelfällen erforderlichen, an die betreffenden officiellen Institutionen einzureichenden Schriftstücke gleichfalls in der Reichssprache angefertigt worden. Wenn auch erst in jüngerer Zeit fertiggestellt, hat diese dankenswerte Arbeit doch schon jetzt laut den vorliegenden Mitteilungen über die mit positivem Erfolge gekrönte Anwendung in der Praxis gute Früchte gezeitigt.

Aus dem Tätigkeitsgebiete des Vereinsvorstandes dürften noch folgende 3 Arbeiten allgemeineres Interesse beanspruchen:

Erstens: Die Ausarbeitung einer ärztlichen Gebührenordnung.

Von dem Livländischen Aerztetage, sowie von der Dorpater Medicinischen Gesellschaft war an den Vorstand unseres Vereins das Gesuch gerichtet worden, in Grundlage der bisherigen provisorischen Entwürfe eine einheitliche ärztliche Gebührenordnung — gültig für die auf dem flachen Lande, in den kleinen und grossen Städten practicierenden Aerzte — auszuarbeiten und, wenn irgend möglich, deren staatliche Sanctionierung zu erwirken. Diesem Wunsche ist der Vorstand bestrebt gewesen, Rechnung zu tragen. Das im Anfang des Jahres 1901 detailliert verarbeitete Project wurde zunächst allen in Livland und Kurland bestehenden ärztlichen Vereinen zur Begutachtung und zu eventueller den localen Verhältnissen anzupassender Amendierung übersandt und dann die endgültig zusammengestellte Gebührenordnung der Livländischen Medicinalabteilung mit dem Gesuche der Befürwortung zur Unterbreitung an das Ministerium zwecks Exportierung der Bestätigung überreicht.

Die staatliche Sanctionierung dieser Gebührenordnung ist freilich bis zum heutigen Tage noch nicht erfolgt. Mit Befriedigung haben wir aber doch registrieren können, dass sowohl im Medicinalrat, wie im Medicinaldepartement die Notwendigkeit einer Neuordnung der Dinge in dieser Beziehung anerkannt worden ist, wie solches aus dem durch die Gouvernements-Medicinalverwaltung an den Vorstand gerichteten Schreiben vom 10. Aug. des Jahres 1901 hervorgeht, in welchem es zum Schluss heisst: In Anbetracht der angeführten Erwägungen ist der Medicinalrat der Meinung, dass die, an ihrer Stelle im bestehenden Сводъ Законовъ verbliebene Taxe als völlig nicht mehr den jetzigen Bedingungen der ärztlichen Berufstätigkeit entsprechend nicht einer Veränderung durch irgend eine neue Taxe, sondern einer vollständigen Abänderung unterliegen muss.

Wann eine solche endlich ins Leben treten wird, lässt sich natürlich nicht absehen. Immerhin hat die von uns ausgearbeitete Gebührenordnung in praxi denkbar weiteste Verbreitung gefunden, da der St. Petersburger Hauptverein den gesamten Entwurf in dem «Вѣстникъ С.-Петербургскаго врачебнаго общества взаимной помощи» Juni-Heft 1902, S. 45—55 zur Kenntnisnahme aller seiner zahlreichen Filialen im Reiche gebracht hat und da der Vorstand unseres Vereins laut Beschluss der Jahresversammlung vom 4. Juni 1903 die Gebührenordnung durch Separatabdrücke hat vervielfältigen lassen und diese nicht nur den Mitgliedern des Rechtsschutzvereins, sondern allen Aerzten Liv-, Est- und Kurlands seinerzeit zu eventueller Nutzanwendung übersandt hat.

Diese Gebührenordnung gilt heutzutage in den weitesten ärztlichen Kreisen unserer Provinzen als willkommene Richtschnur, und hat sich auch im Publicum schon jetzt ein usuelles Recht erworben.

Zweitens: Die Gründung der «Unterstützungscasse für Witwen und Waisen der Aerzte».

Auf die Vorgeschichte der Gründung dieser Casse näher einzugehen, kann ich mir ersparen, da sie Ihnen, m. H., von den früheren Generalversammlungen her wohl bekannt ist. Die Statuten wurden bei hervorragender Beteiligung unseres leider so früh verstorbenen Collegen Dr. Ströhmberg unter Zugrundelegung der genialen «Pfeil'schen gleitenden Scala» und unter Nutzanwendung der Erfahrungen, über welche analoge in Dorpat und in Libau, hier schon seit mehr als 100 Jahren prosperierenden Witwencassen verfügten, im Vorstande bei Hinzuziehung von Juristen und Mathematikern ausgearbeitet. Nachdem die Generalversammlung unseres Vereins vom 4. Juni 1903 auch einzelne vom Ministerium gewünschte Abänderungen genehmigt hatte, gelang es die ministerielle Bestätigung am 14. April 1904 zu erwirken. Hervorgehoben möge hier sein, dass der § 13 der Statuten dieser Casse auch die Versorgung von arbeitsunfähig gewordenen Mitgliedern, welche das Alter von 40 Jahren erreicht haben, vorsieht. Das Statut unserer Unterstützungscasse hat in Petersburg viel Anerkennung gefunden und wurde unser Verein darum ersucht, nach Drucklegung 20 Exemplare dem Medicinaldepartement zu übersenden, da im Ministerium die Absicht bestehe, dieses Statut als Normalstatut bei eventueller Bestätigung ähnlicher Cassen zu verwenden. Im Uebrigen verweise ich auf die Berichte, welche heute auf der Generalversammlung der Mitglieder der Unterstützungscasse, die als zwar dem Rechtsschutzverein subordinierte Institution ihre gesonderte Verwaltung besitzt, abgestattet worden sind. Aus jenen Berichten ging unter anderem hervor, dass diese Casse gegenwärtig schon im Besitz eines Vermögens von mehr als 24,000 Rbl. ist und dass nach der im nächsten Jahre schon abgelaufenen Carenzzeit mit der Auszahlung der betreffenden Pensionsquoten begonnen werden kann. Der gegenwärtigen mustergiltigen Leitung und Verwaltung der Unterstützungscasse gebührt unser voller Dank!

Drittens: Die Organisation einer Hilfeleistung für die durch die Revolution geschädigten Aerzte.

Durch die in der zweiten Hälfte des Jahres 1905 einsetzende Revolution waren in den baltischen Provinzen durch Mord, Brandstiftung, Beraubung oder Vernichtung ihrer Habe und gewaltsame Vertreibung aus den Doctoraten auch zahlreiche Aerzte, sowie deren Familien auf das Schwerste geschädigt worden. Unserem ärztlichen Hilfsverein erwuchs die naheliegende Pflicht, mit helfender Hand einzugreifen. Es constituierte sich daher der Vereinsvorstand im Anfang des Jahres 1906 als temporäres ärztliches Notstandscomitee, welches die Aufgabe hatte, durch sorgfältige Nachforschungen den Umfang des Notstandes und den Grad der Hilfsbedürftigkeit der Einzelpersonen sicherzustellen und wenigstens zu einer Linderung des Elends und der Not die erforderlichen Massnahmen zu ergreifen. Da bei dem immer weiteren Umsichgreifen der Notlage die beschränkten pecuniären Mittel unseres jungen Vereins nicht annähernderweise auch nur zu einer Minderung des constatierten Notstandes ausreichten, sah sich der Vorstand genötigt, einen Hilferuf an alle Aerzte unserer baltischen Lande und der Residenz des Reiches zu erlassen. Und es bedurfte nur eines leisen Appels: in munificentester Weise bewährte es sich, dass der Begriff der Collegialität in den Herzen deutscher Aerzte eine sichere Stätte hat! In kürzester Zeit flossen beim Vorstande von allen Seiten reiche Hilfsmittel ein, welche im Gesamtbetrage die Höhe der Summe von 4867 Rbl. erreichten. Schon auf der demnächst folgenden VII. Jahresversammlung des Vereins konnten wir detailliert über die Einnahmen und die Art der Verwendung der eingeflossenen Summen Rechenschaft ablegen. Die damalige Generalversammlung beschloss, den abgestatteten Rechenschaftsbericht drucken zu lassen und mit warmem Dank an alle Gruppen und Einzelpersonen, welche sich an diesem Werke der Collegialität und Nächstenliebe beteiligt hatten, desgleichen ihn auch den Zeitungen zur Veröffentlichung zu übersenden. Diesem Auftrage hat der Vorstand seinerzeit Folge gegeben. Laut dem protocollarischen Berichte waren von der eingelaufenen Gesamtsumme 3880 Rbl. zur Verteilung gelangt. Das damals zunächst zurückbleibende Saldo im Betrage von 987 Rbl. wurde und wird auch gegenwärtig noch — in speciellem Giro-Conto als Fond für in Notstand geratende Aerzte gebucht, wie Sie, m. H., dem heutigen Cassaberichte des Vorstandes entnehmen werden.

Was nun die materiellen Unterstützungen anbelangt, welche unser Hilfsverein den Vereinsmitgliedern aus seinen eigenen Mitteln im Laufe seines 9-jährigen Bestehens hat zu Gute kommen lassen können, so zerfallen diese in temporär verabfolgte Darlehen und in nicht wiederzuerstattende Zuweisungen.

1) Anleihen sind 5 Mal und zwar im Betrage von je 300, 200, 200, 200 und 400 Rbl. gemacht worden*) . . . . = 1300 Rbl.
2) Nicht rückzahlbare Zuwendungen wurden zu Teil:
   der Witwe, Frau Dr. R. à 50 Rbl. im Zeitraum von 3 Jahren . . . . . . = 150 »
   der Witwe, Frau Dr. H., als 40-rublige Pensionsquote für die statutenmässig noch nicht in Function getretene Unterstützungscasse im Zeitraum der letzten 4 Jahre . . . . = 160 »
   einem Mitgliede, Herrn Dr. L., zur Wiederherstellung seiner Gesundheit in Deutschland . . . . = 500 »

*) Anmerkung: nur die letzte Anleihe im Betrage von 400 Rbl. ist noch nicht wiedererstattet.

der Witwe, Frau Dr. S., einmalig . . .	= 250	»
der Witwe, Frau Dr. B., à 200 Rbl. für 2 Jahre	= 400	»
einem Mitgliede, Dr. K., zur Wiederherstellung seiner Gesundheit im Auslande	= 300	»
3) zum Besten der «Schilling-Stiftung» . . .	= 100	»
4) dem Mitgliede, Herrn Dr. B., zur Drucklegung seines Werkes: «Die Aerzte Livlands»	= 200	»
5) In die «Unterstützungscasse für Witwen und Waisen der Aerzte» (incl. 1908) wurden abgeführt	= 5000	»
in Summa . . .	= 8360	Rbl.

Rechnen wir zu dieser Summe noch jene, aus dem Notstandfond an die Aerzte oder deren Familien verteilten 3880 Rbl. hinzu, so sind im Laufe der 9 Jahre im Ganzen 12.240 Rbl. für wohltätige Zwecke verwandt worden. Diese grosse Summe redet eine beredte Sprache, wenn wir erwägen, wie gering der jährliche Mitgliedsbeitrag des Einzelnen ist; sie lehrt in ihrer Nacktheit schon an sich, was vereinte Kraft zu leisten vermag und spornt uns an, mit Vollkraft und doppelt regem Eifer den idealen Zielen und Zwecken, die wir bei Gründung des Vereins im Auge gehabt, nachzustreben.

Meine Herren! In dem vorangehenden Rückblicke habe ich es versucht, in grossen Zügen ein Bild über die bisherige Wirksamkeit unseres Vereins vor Ihnen zu entwerfen. Sowohl als Rechtsschutz-, wie als Hilfsverein dürfen wir auf gewisse Erfolge zurückschauen; dennoch bin ich mir voll dessen bewusst, dass diesen letzteren vielleicht gleichwertige Misserfolge, wofür wenigstens der mangelnde Zuwachs der Mitgliederzahl spricht, gegenüber stehen. Wenn unser Können weit hinter unserem Wollen zurückgeblieben ist, so glaube ich doch, dass die Ursache hierfür nicht lediglich in der unzureichenden Kraft der Leitung und der Verwaltung des Vereins, sondern auch in dem Umstande zu suchen ist, dass in dem weiten Contingente der baltischen Aerzte, insbesondere in unserer ärztereichen Metropole Riga vor allem wohl wegen ungenügender Kenntniss der ernsten, von unserem Verein erstrebten Ziele sich leider immer noch allzuwenig Interesse für dessen Wachsen, Gedeihen und Blühen geltend macht.

Bevor wir an die Tagesordnung herantreten, aus welcher Sie, m. H., entnommen haben, dass der bisherige Vorstand eine etwaige Wiederwahl ablehnt, ist es mir Bedürfnis, allen Herren Collegen, welche während des Bestehens des Vereins in treuer Mitarbeit als Vertrauensärzte in den Städten Liv und Kurlands fungiert haben, für ihre selbstlose Mühewaltung den wärmsten Dank auszusprechen. Wir wenden uns nunmehr der Tagesordnung zu.

Punct 1) Verlesung des Protocolls der VIII. Jahresversammlung im Jahre 1907 zu Dorpat.

Von einer Verlesung wird abgesehen, da das in der St. Petersb. Med. Wochenschrift zur Veröffentlichung gelangte Protocoll als Separatabdruck allen Mitgliedern zur Einsichtsnahme übersandt worden war. Die Fassung des Protocolls wird von der Versammlung genehmigt.

Punct 2) Cassenbericht.

Der Cassaführer, Herr Dr. Lezius, verliest folgenden Cassabericht pro 1907—1908.

Ausgaben pro 1. Juli 1907—30. Juni 1908.

Der Unterstützungscasse überwiesen . .	500.00
Dem Giro gutgebracht	837.98
Druckunkosten u. kleine Rechnungen .	53.10
Gewährte Unterstützungen	580.00
Auf das Giro des Notstandsfond eingezahlt	1010.24
Saldo z. 1. Juli 1908	209.15
Summa . . .	3190.47

Einnahmen pro 1. Juli 1907—30. Juni 1908.

180 Mitgliedsbeiträge à 5 Rbl. . . .	900.00
Nachzahlungen von 3 Mitgliedern . . .	25.00
Coupons u. Zinsen	49.98
Rückzahlung für den Notstandsfond . .	60.00
Vom Giro genommen	1000.20
Saldo zum 1. Juli 1907	1155.29
Summa . . .	3190.47

Vermögensstand zum 1. Juli 1908.

Wertpapiere	1000.00
1 Wechsel	400.00
Giro-Conto am 30. Juni	607.67
Cassensaldo	207.15
Summa . . .	2214.82

Punct 3) Bericht der Revisionscommission.

Revisions-Protocoll.

Nachdem wir unterzeichneten Revidenten am heutigen Tage die Casse und Geschäftsbücher der livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe revidiert haben, constatieren wir die Tatsache, dass die Casse und Geschäftsführung in vollster Ordnung von uns befunden worden ist.

Zum 1. Juli 1908 betrug das Vermögen der Gesellschaft in Summa 2214 Rbl. und 82 Cop.

Dorpat 23. August 1908.

Dr. A. Hartge.
Dr. W. Kieseritzky.

Die Versammlung nimmt den Bericht der Herren Revidenten zur Kenntnis und genehmigt den Cassabericht des Vorstandes.

Punct 4) Jahresrechenschaftsbericht über die Tätigkeit des Vorstandes des Vereins.

Der stellvertretende Schriftführer, Herr Dr. Weidenbaum verliest den von dem Vorstandssecretär, Herrn Dr. K. Pfaff, verfassten Rechenschaftsbericht.

Rechenschaftsbericht pro 1907—1908.

Die Anzahl der Mitglieder betrug im verflossenen Jahre 182 gegen 187 im Jahre vorher. Durch den Tod hat der Verein wie schon erwähnt, 6 Mitglieder verloren und zwar Dr. Emanuel Jaesche († 9. VIII. 1907), Dr. Chr. Strömberg († 6. Sept. 1907), Dr. W. von Raison († 6. October 1907), Dr. Waldhauer († 14. Octob. 1907), Dr. Grossberg († 17. Nov. 1907) und Dr. Meywald († 29. April 1908). Ausgetreten waren 2 Mitglieder, Dr. Krüger-Mitau und Dr. Spählmann-Mitau. Ihren Austritt für das nächste Geschäftsjahr angemeldet haben 5 frühere Mitglieder und zwar Dr. Hochfeldt-Mitau, Dr. Strautsels-Mitau, Dr. Lindenberg-Mitau, Dr. A. Hildebrandt-Mitau und Dr. Haarmann-Jakobstadt. Als ausgetreten galten, weil sie ihre Mitgliedsbeiträge nicht geleistet hatten, 15 Mitglieder.

Neueingetreten sind 18 Mitglieder und zwar Dr. Sarring-Schloss-Schujen, Dr. Gräfenfels-Sesswegen, Dr. Ohsoling-Ronneberg, Dr. Wankin-Ekhof, Dr. Hoerschelmann-Pernau, Dr. Holdt-Stackeln, Dr. Treu-St. Simonis, Dr. Bosse-Riga, Dr. Kikuth-Riga, Dr. G. Walter-Riga, Dr. Schabert-Riga, Dr. Werncke-Odessa, Dr. v. Krüdener-Riga, Dr. Dietrich-Riga, Dr. Th. Gagensohn-Riga, Dr. Fischer-Tzarskoje Sselo, Dr. Groth-Riga, Dr. Klau-Dorpat.

Von diesen 182 Mitgliedern waren in Livland, auf dem flachen Lande und in den kleinen Städten — 86 wohnhaft, in Riga — 40, in Kurland — 39, in Estland — 5 und im Inneren des Reiches — 12 Mitglieder. 2 Mitglieder, Dr. Jännes-Narva und Dr. Sedding-Hasenpoth sind lebenslängliche Mitglieder des Vereins.

Aus der Zahl der Vertrauensmänner des Vereins sind ausgeschieden Dr. Waldhauer-Windau und Dr. Haarmann-Jakobstadt. Ausserdem ist noch für Bauske das Amt eines Vertrauensmannes vom vorigen Jahre her vacant.

Unterstützungen wurden aus der Casse des Vereins 2 Mal bewilligt. Das eine Mal 300 Rbl. Dr. K. zur Wiederherstellung seiner Gesundheit, das andere Mal 200 Rbl. der Doctorin B. Ein weiteres Gesuch der Doctorin B. um Bewilligung derselben Unterstützung auch für das nächste Jahr musste abgelehnt werden.

Anleihen sind im verflossenen Jahre bei der Vereinscasse nicht gemacht worden, doch hat der Vorstand eine früher gemachte Anleihe eines Mitgliedes im Betrage von 400 Rbl. auf ein weiteres Jahr prolongiert.

Im verflossenen Jahre ist der Vorstand 7 Mal (gegen 4 Mal im Jahre vorher) zu officiellen Sitzungen zusammengetreten. Zu 2 dieser Vorstandssitzungen, auf denen es sich um eine Stellungnahme des Vorstandes zu einigen Artikeln eines baltischen Pressorgans handelte, durch welche sich der Präses des Vereins beleidigt fühlte, waren die Ehrenrichter und der Juriscousult des Vereins zur Beratung hinzugezogen worden.

Das Ehrengericht des Vereins hatte im verflossenen Jahre 2 Mal Veranlassung zusammenzutreten.

Der Vorstand wurde in 3 Fällen von Mitgliedern des Vereins um seinen Beistand zur Erlangung rückständiger, resp. verweigerter Honorare gebeten. In dem einen Falle übergab der Vorstand die Angelegenheit dem Juriscousulten des Vereins und wurde dem Mitgliede das verweigerte Honorar gerichtlich zugesprochen. In dem zweiten Falle handelte es sich um eine Gemeinde, die dem Arzte eine von letzterem auf Grund eines Contractes geforderte Zahlung verweigerte. Da der Juriscousult des Vereins sich der Interpretation des Contractes durch die Gemeinde anschloss, so riet der Vorstand dem Mitgliede von einer aussichtslosen Klage ab. Im dritten Falle wurde dem Mitgliede geraten sich auf Kosten des Vereins an einen ortsansässigen Advo-

zaten zu wenden, doch hatte der Petent schliesslich seine Angelegenheit persönlich mit gutem Erfolge geführt.

Einmal wurde der Vorstand gebeten, in folgender Angelegenheit behilflich zu sein: Es war einem Mitgliede im Laufe des letzten Jahres das Expertenhonorar vom Bezirksgericht in drei Fällen verweigert worden, nachdem es ihm 17 Jahre anstandslos zugesprochen worden war, und zwar mit der Motivierung, das besagtes Mitglied als Kreisarzt ex officio verpflichtet sei, zu den Sitzungen des Bezirksgerichtes als Experte zu erscheinen.

Der Vorstand beauftragte den Jurisconsulten des Vereins, über diese Frage ein Gutachten abzugeben und übersandte dem Mitgliede die Copie dieses Gutachtens, sowie zweitens ein Schema für eine schriftlich einzureichende Bitte um Bewilligung des gesetzlichen Honorars für eine Expertise beim Bezirksgericht und drittens die Form einer an das «Уголовный Департаментъ С.-Петерб. Судебной Палаты» zu richtenden Klage über das Bezirksgericht.

Vor Kurzem erhielt nun der Vorstand von dem betreffenden Mitgliede die Mitteilung, dass er das Material mit gutem Erfolge benutzt hätte und dass der Appelhof das Bezirksgericht zur Zahlung eines Expertisenhonorars veranlasst hätte.

In einigen weiteren Fällen konnte der Vorstand den Mitgliedern mit Ratschlägen helfend beistehen.

Der Vorstand beschloss, der IX. Jahresgeneralversammlung folgende Anträge zu unterbreiten:

1) solle der Sitz des Vorstandes hinfort aus Dorpat nach Riga übergeführt werden, und

2) es sollen Schritte getan werden, um eine Verschmelzung der in den Ostseeprovinzen existierenden Abteilungen des St. Petersburger ärztl. Vereins zu gegenseitiger Hilfe zu einem «Baltischen Rechtsschutzverein» zustande zu bringen, welcher ausser einer Centrale in Riga auch Filialen in den grösseren Städten der 3 Provinzen haben müsste.

Die Versammlung nimmt den Rechenschaftsbericht zur Kenntnis und erteilt dem Vorstande Decharge.

Punct 5) Anträge des Vorstandes: a) Verlegung der Verwaltung des Vereins aus Dorpat nach Riga.

b) Fusion der in den Ostseeprovinzen vorhandenen Filialen des St. Petersburger ärztlichen Hilfsvereins zu einem gemeinsamen «Baltischen Rechtsschutzverein» mit der Centralverwaltung in Riga.

Zum Punct a) fasst Präses zunächst alle die vom Vereinsvorstande für die Verlegung der Administration nach Riga schon früher wiederholt angeführten Momente zusammen, hebt besonders hervor, dass von diesem Gesichtspuncte ausgehend auch die Verwaltung der «Unterstützungscasse für Witwen und Waisen der Aerzte» in Grundlage der Statuten dieses Zweigvereins verpflichtet worden ist, in Riga ihren Sitz zu haben, sowie endlich der bisherige aus Dorpater Aerzten bestehende Vorstand nunmehr definitiv entschlossen ist, eine etwaige Wiederwahl abzulehnen.

Dr. v. Knorre: Die Führung der Geschäfte ist von Seiten des Vorstandes bisher eine so tadellose gewesen, dass wir nur wünschen könnten, dass der Vorstand derselbe bleibe. Trotzdem spricht sehr vieles für eine Ueberführung der Verwaltung nach Riga und diese muss daher befürwortet werden.

(Schluss folgt.)

Auszug aus den Protocollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 10. October 1908.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

Herr W. Hollmann hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Schutzimpfung gegen die Cholera».

Der Entwicklungsgang der Schutzimpfung gegen die Cholera lässt zwei Epochen erkennen.

1) Die Herrschaft der Empirie. Analog dem Pasteurschen Immunisierungsverfahren gegen verschiedene Infectionskrankheiten waren von einzelnen Forschern Versuche gemacht worden, zunächst im Tierexperiment, auch gegen Typhus Immunisierungsverfahren auszuarbeiten. Als erster erprobte Ferran in Spanien eine Choleraschutzimpfung an Meerschweinchen und wandte dieselbe, angeblich mit sehr gutem Erfolge in grossem Umfange am Menschen an. Er verimpfte in 3 Sitzungen lebende Cholerabouillonculturen. Die ersten einwandsfreien Versuche an Meerschweinchen stammen von Brieger, Kitasato und Wassermann. Diese 3 Autoren trachteten nach einer Trennung des toxischen vom immunisierenden Princip und züchteten eine besondere Thymusbouilloncultur, dabei sollte das Gift der Bacterien unter Erhaltung des immunisierenden Agens zerstört werden; sie hatten günstige Erfolge zu verzeichnen. Fedorow bediente sich derselben Methode mit einer unwesentlichen Modification. Klemperer immunisierte Meerschweinchen und machte Versuche an Menschen mit abgeschwächten lebenden und auf verschiedene Weise abgetöteten Culturen. Er war als erster bestrebt, durch die Titerbestimmung — allerdings keine einwandsfreie — den Beweis der erzielten Immunität zu erbringen. Ueber erfolgreiche Immunisierung im Tierexperiment berichten noch Haffkin, Gruber, Wiener, Jawein, Tamamscheff, Pfeiffer, Wassermann, Pawlowsky und Buchstab. — Haffkin nahm als erster systematische Impfungen des Menschen in grossem Umfang vor. Um einen möglichst hohen Immunitätsgrad zu erreichen, steigerte er künstlich den Virulenzgrad seiner als Impfstoff zu verwendenden Culturen (virus fixe) durch Tierpassagen, doch schickte er der Impfung mit diesem virus fixe, welches bei Meerschweinchen starke Hautnecrosen hervorrief, eine Vorbehandlung mit abgeschwächtem lebendem virus voraus. Sowohl er, wie auch seine Mitarbeiter Powell, Brown, Simpson, Hare berichten an der Hand von umfangreichen und zum Teil auf guten Beobachtungen basierenden Statistiken über sehr gute Erfolge. Tamamscheff modificierte Haffkin's Verfahren dahin, dass er die Vaccine mit Karbol abtötete, ohne Einbusse im Effect der Impfung.

2) R. Pfeiffer's Entdeckung des bacteriolytischen Vermögens des Blutserums der Choleraeconvalescenten und der künstlich gegen die Cholera immunisierten Tiere (Pfeiffer'sches Phänomen), sowie die durch ihn ausgearbeitete Methode der exacten Wertbestimmung (Titration) der bacteriolytischen Kraft der Sera bedeuten den Beginn der wissenschaftlich begründeten Schutzimpfung des Menschen. Auf den durch Pfeiffer geschaffenen Principien fussend, hat Kolle ein Impfungsverfahren gegen die Cholera ausgearbeitet; auf Grund vergleichender Titerbestimmungen, die er mit Seris von mit lebender (nach Haffkin) und abgetöteter Vaccine geimpften Menschen vornahm, kommt er zum Schluss, dass die letztere bei gleichem immunisierendem Effect ein bedeutend unschädlicheres Material darstellt. — Das Kolle'sche Verfahren wurde in grösserem Masstabe von Murata (Japan) und Slatogorow (Persien), sowie von einer Reihe russischer Aerzte in Südrussland mit gutem Erfolge angewandt.

Ueber den Beginn des Impfschutzes bestehen verschiedene Ansichten: Brown nimmt an, dass er schon nach wenigen Stunden eintritt, nach Haffkin kommen erst vom 5. Tage ab unter den Geimpften keine Erkrankungen mehr vor; Kolle konnte vom 5. Tage nach der Impfung an die vermehrten Antistoffe im Blute nachweisen; Pfeiffer und Friedberg wiesen nach, dass bereits nach 8—36 Stunden gegen Cholera immunisierte Tiere eine — allerdings nicht specifische — Widerstandsfähigkeit erlangen («Resistenzphänomen»). Eine negative Phase, d. h. das Auftreten einer erhöhten Empfindlichkeit tritt nicht auf.

Ausser dem Haffkin'schen und dem Kolle'schen Verfahren sind noch Methoden vorgeschlagen worden, die jedoch in der Praxis keine Bedeutung erlangt haben, so die Immunisierung mit Bouillonfiltraten (Vincenzi, Bertarelli), mit Bacterienextracten (Brieger, Mayer, Klebs und Wassermann), mit Choleranucleoproteid, einem aus den Bacterienleibern dargestellten Eiweisskörper (Heller und Schmitz), mit Choleraaggressin (Bail). Ssawtschenko und Sabolotny, endlich, erzielten bei sich selbst angeblich eine locale Immunität dadurch, dass sie abgetötete Choleracultur in steigenden Dosen per os nahmen.

(Autoreferat.)

Discussion:

Dehio fragt, welche Impfmethode hier in Dorpat angewendet wird.

Hollmann: Die Colley'sche; das Impfmaterial stammt aus dem St. Petersburger Institut für Experimentalmedicin. Die Reaction scheint milde zu sein; Fälle von über vierundzwanzigstündigem Kranksein sind vorgekommen aber wenig. Frauen und Kinder scheinen die Impfung hier am besten vertragen zu haben (im Gegensatz zu Berichten anderer Beobachter). Auf eventuell auftretende Durchfälle hat Hollmann besonders geachtet, dieselben kamen unter 436 Impfungen 9 Mal vor (d. i. ca. 2%). Fünf Mal trat der Durchfall am 1. Tage auf, dreimal am 2. Tage und einmal am 4. Tage. Die Durchfälle waren kurzdauernd, Tenesmen und Schmerzen fehlten, meist erfolgten nur 1—2 diarrhöische Stühle, später war das Wohlbefinden wieder ganz ungestört. Die Impfung selbst ist absolut nicht schmerzhaft.

Rothberg fragt nach dem Verlauf der Choleraerkrankungen bei Geimpften.

Hollmann hat in den ihm zu Gebote stehenden Literaturangaben darüber keine Mitteilungen gefunden.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Der Gehilfe des Obermedicinalinspectors Dr. N. Schmidt hat von dem Minister des Inneren den Auftrag erhalten, sich mit den in St. Petersburg zur Bekämpfung der Choleraepidemie ergriffenen Massnahmen bekannt zu machen und über die Zweckmässigkeit derselben ein Urteil abzugeben.

— Mit der Leitung der gynäcologischen Klinik am weiblichen Medicinischen Institut in St. Petersburg ist Prof. P. Sadowskij beauftragt worden, da Prof. Ratschinski seinen Abschied eingereicht hat.

— Der «Russkij Wratsch» weist darauf hin, wie nützlich das Institut der Poliklinik an der früheren Dorpater, jetzigen Jurjewschen Universität nicht nur für die Studenten, sondern auch für die ärmere Stadtbevölkerung ist, und plaidiert für die Einführung dieses Instituts an den medicinischen Facultäten der russischen Universitäten. — Indem wir dieser Ansicht vollauf beistimmen, können wir nur noch hinzufügen, dass es an der Dorpater Universität so manches Gute gab, das den russischen Universitäten zum Vorbild hätte dienen können.

— Folgende DDr. med., wirkliche Staatsräte, sind am 6. December zu Geheimräten befördert worden: Raptschewski, ständ. Mitglied des Gelehrten Militär-Medicinischen Komitees; Leib-Otiater des Allerhöchsten Hofes Academiker, Ssimanowski, berat. Mitglied desselben Komitees; Wosnessenski, Bezirks-Militär-Medicinalinspector des Kiewschen Militärbezirks; Krutschek-Golubow, Korpsarzt des 1. Armeekorps, und Ehren-Leibmedicus des Allerhöchsten Hofes Issajew, Oberarzt des Nikolai-Marinehospitals in Kronstadt.

Der Professor der chirurgischen Hospitalklinik an der Militär-Medicinischen Academie, Dr. G. Fedorow ist zum Ehren-Leibchirurgen ernannt worden.

— Die Russische Balneologische Gesellschaft in Pjatigorsk hat in ihrer Sitzung am 9. August d. J. beschlossen, das Andenken ihres verstorbenen um die Balneologie und Ethnographie des Kaukasus verdienten Vorsitzenden, Dr. med. W. Kobylin, der auch ein tüchtiger Syphilidologe war, dadurch zu ehren, dass 1) eine Subscription eröffnet wird zur Bildung eines Fonds auf seinen Namen, aus welchem jährlich eine Prämie für die beste Arbeit über die kaukasischen Mineralwässer gezahlt wird, die in einer Sitzung der Gesellschaft zum Vortrag gelangt, 2) jährlich eine Sitzung dem Andenken an Dr. Kobylin zu widmen, auf welcher auch die Zuteilung der Prämie geschehen soll, 3) in dem Falle, dass der Kobylin-Fond eine genügende Höhe erreicht, an dem Stadthospital in Pjatigorsk eine Abteilung für Syphilitiker zu eröffnen, die den Namen Kobylins führen soll. Spenden zur Stiftung des Fonds werden von dem Vice-Präses der Gesellschaft, Dr. E. A. Larin-Pjatigorsk entgegengenommen. (Russkij Wratsch, Nr. 49).

— Im Anschluss an den nächsten Internationalen medicinischen Congress, der in Budapest stattfinden wird, hat das «Deutsche Comitee für Studienreisen» beschlossen, die nächste ärztliche Studienreise (die neunte) von Budapest aus am 4. September (n. St.) 1909 den Anfang nehmen zu lassen. Es wird geplant, die ungarischen Bäder zu besuchen, sodann Abbazia, von wo eine Mittelmeerfahrt angetreten werden und folgende Orte besucht werden sollen: Ragusa, Cataro, Spalato, Corfu, Patras, Piräus und Athen, Konstantinopel, Venedig und Triest. Anfragen sind an den Generalsecretär des Comitees, Dr. A. Oliven, Berlin, NW., Luisenplatz 2—4, zu richten.

— Der zweite internationale Cursus der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie wird unter Leitung von Prof. Sommer in Giessen am 13.—18. April (n. St.) 1909 stattfinden. Anmeldungen sind zu richten an Prof. Dannemann-Giessen.

— Der rühmlichst bekannte Medicin-Historiker, Dr. med. Herrmann Baas, practischer Arzt in Worms, hat vom Grossherzog von Hessen den Titel Professor erhalten. Die «Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medicin und Naturwissenschaften» hat dem auf dem Gebiete der Geschichte der Medicin verdienten Forscher anlässlich seines 70. Geburtstages eine Festschrift gewidmet unter dem Titel «Zwanzig Abhandlungen zur Geschichte der Medicin» (Verl. v. L. Voss in Hamburg), an der sich die namhaftesten Vertreter dieses Faches mit wertvollen Beiträgen beteiligt haben. Auch aus Russland befindet sich ein Beitrag, und zwar von dem bekannten Historiker M. Lachtin.

— Redactionswechsel. Die im Verlage von Fischer's mediz. Buchhandlung H. Kornfeld in Berlin erscheinende «Zeitschrift für Krankenpflege» beendet dieses Jahr ihren 30. Jahrgang. Sie ist aus den früher im gleichen Verlage erschienenen «Fortschritten der Krankenpflege» hervorgegangen und wurde bis 1894 von Prof. J. Schwalbe, bis 1901 von Prof. M. Mendelsohn, dann erst von Prof. Reineboth (†), später von Prof. H. Kobert und zuletzt von Dr. H. Cramer redigiert. Der jetzige Herausgeber tritt am Jahresschluss von der Fachleitung der Zeitschrift zurück; an seine Stelle tritt alsdann Dr. P. Jacobsohn in Berlin, bereits bekannt durch langjährige litterarische Tätigkeit auf dem Gebiete der Krankenpflege. Mit der Zeitschrift verbunden ist die Monatsschrift «Aerztliche Polytechnik», welche Dr. R. Rosen in Berlin leitet.

— Der Flecktyphus herrscht epidemisch in Saratow, Samara und Kiew.

— Verbreitung der Pest. Ausser Britisch-Ostindien, wo vom 21. bis 27. November (n. St.) 2821 Personen an der Pest erkrankten und 2046 starben, sind Ende November Pestfälle in Bagdad, in Aegypten und in einigen Ortschaften in China vorgekommen.

— Verbreitung der Cholera. Ausser Russland ist Britisch-Ostindien in der letzten Zeit wiederholt von der Cholera heimgesucht worden. In Calcutta starben in der Woche vom 25. Oct. bis 7. Nov. 19 Personen an der Cholera.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Starben
vom 30. Nov. bis 6. Dec.					
St. Petersburg mit den Vorstädten	120	40	24. Aug.	8535	3479
vom 28. Nov. bis 4. Dec.					
Gouv. Charkow	1	—	26. Juli	10	5
Gebiet der Don-Kosaken	29	18	22. Juli	2967	1420
Kuban-Gebiet	19	7	26. »	1825	1020
Terek-Gebiet	1	—	13. Aug.	561	296
Gouv. Eriwan	8	2	9. Sept.	231	154
Im Ganzen	178	67		14129	6374

— Vom 8. bis zum 9. December erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 6 Personen, starben 4, genasen 11, in Behandlung verblieben 225. Vom Beginn der Epidemie sind erkrankt 8679 Personen, gestorben 3478 Personen, genesen 4967 Personen.

— Nekrolog. Am 25. November starb in Kiew am Flecktyphus Dr. J. J. Sturman, geb. 1873, pract. Arzt seit 1899. — Dr. V. Brigidi a.-o. Professor der Anatomie in Genua ist gestorben.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 13. Jan. 1909.

Tagesordnung: v. Schrenck: Präsidialvortrag: Ueber gynäcologische Koeliotomie.
Berichte der Secretäre und des Cassierers.
Wahlen.
Beschlüsse betr. das bevorstehende 50-jähr. Jubiläum des Vereins.
Beschlüsse über Anträge betr. Bibliothekarsgehalt und Revision des Statuts.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 15. Dec. 1908.

Tagesordnung: Prof. Zeidler: Ueber Neurexairese bei Trigeminusneuralgie.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

Труды и протоколы Имп. Кавк. Мед. Общ, февраль—апрѣль, 1908. Тифлисъ.

Э. Мазингъ. Къ вопросу о возрожденіи красныхъ кров. шариковъ при экспер. анеміяхъ. дисс. Юрьевъ. 1908.

W. Sternberg. Diätetische Kochkunst. I. Gelatinspeisen. F. Enke. Stuttgart. 1908.

R. Kutner. Grenzgebiete in der Medicin. 14 Vorträge. G. Fischer. Jena. 1908.

H. Strauss. Vorlesungen über Diätbehandlung innerer Krankheiten. S. Karger. Berlin. 1908.

E. Moro. Ueber das Verhalten hämolytischer Serumstoffe beim gesunden und kranken Kind. J. F. Bergmann. Wiesbaden. 1908.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Longmanns, Green and Co. London. 1908.

Salzwedel. Handbuch der Krankenpflege. A. Hirschwald. Berlin. 1909.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.





Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup

„CALIFIG"

(Name gesetzlich geschützt)

wird von den Herren Aerzten als zuverlässiges, angenehmes, leicht und sicher wirkendes Abführmittel empfohlen, welches dank seinem angenehmen Geschmack besonders für die Frauen- und Kinderpraxis geeignet ist. Hat keine schädlichen Nebenwirkungen. Die Gebrauchsart ist bei jeder Flasche angegeben.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herren Stoll & Schmidt,
„ „ „ Moskau. . . . . „ d. Gesell. W. K. Ferrein,
„ „ „ Odessa . . . . „ Herren J. Lemmé & Co.
„ „ „ Warschau. . . „ Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.

Institut zur Herstellung v. Kuhpockenlymphe Shiwopiszew in Orel.

Ein Fläschchen Pockenlymphe für 50 Personen — 25 Kop. für 25 Personen 15 Kop. Ein Röhrchen für 5 Personen — 5 Kop. Bestellungen im Betrage unter einem Rubel werden nicht versandt. Für Zustellung — 30 Kop. Bei Bestellungen im Betrage von 3 Rbl. und mehr erfolgt ENTSPRECHENDE PREISERMÄSSIGUNG bis zu 20%. Adresse: Institut zur Herstellung von Kuhpockenlymphe Shiwopiszew in Orel.

NERVI
an der italien. REVIERA
Dr. J. Kramer aus Riga,

gew. Assistent von Geh. Prof. Ewald-Berlin und Prof. Kafemann-Königsberg praktiziert im Winterkurort

Nervi bei Genua.

(128) 15—4.

Teneriffa-Orotava (Kanar. Inseln) **Humboldt-Kurhaus**

Durchschnittliche Wintertemperatur 17° C Wärme. Saison 1. October bis 1. Mai. Diät-, Trink- und Badekuren (4% Sole-Inhalation). Gleichmässigstes Klima der Welt, reguliert durch Golfstrom und Passat. Keine schroffen Temperaturwechsel. Direktion: **J. C. Schweimler vom Grand Hotel Homburg v. d. H.** Kgl. Hofl. Ausführliche Auskünfte sowie illustr. Prospekte durch die **Kurhaus-Betriebs-Gesellschaft, Charlottenburg Knesebeckstr. 29. (Prof. Dr. Pannwitz).**

REIBOLDSGRÜN 700 m. über dem Meere

im Sächsischen Vogtland. — Bahnstation Auerbach.

Heilanstalt für Lungenkranke.

Behandelnde Aerzte: Hofrat Dr. Wolff, Dr. Sobotta und Dr. Baer.

Herrliche abgeschlossene Lage inmitten von Fichtenwaldungen. Special. Kehlkopfbehandlung.

Entfernung von: Berlin 6 Stunden. Dresden 4 Stunden. Karlsbad 3 Stunden.

(114) 26—15.



Bei VERDAUUNGS-STÖRUNGEN sind

Abführungs-Pillen „ARA"

einzunehmen. (74) 0—10.

Schachtel 95 Kop.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung **ganz umsonst versandt.**

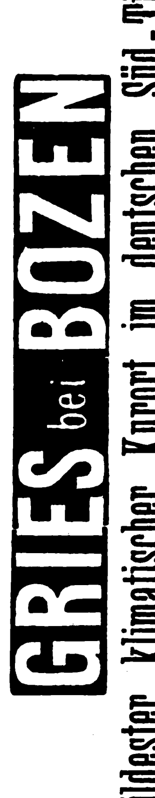
Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frl. Pauline Winkel, Конногвардейскій переулокъ 4, кв. 2.

Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Dr. Emmerich's Sanatorium B.-Baden Gegr. 1890
Nerven- Morphium- Alkohol- Kranke
Mildeste Form d. Morph. Entz. ohne Zwang unter sof. Wegfall der Spritze i. 4—6 Woch. Alkohol-Entwöhn. n. erpr. Verfahr. Prosp. kostenl. 2 Ärzte. Bes. u. dir. Arzt Dr. A. Meyer.





Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honoriert.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate sind ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **F. Dörbeck** in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag u. Sonnabend 1—2. Telephon 290-18.

№ 51 St. Petersburg, den 20. December (1. Januar). **1908.**

Dieser № liegt № 11 der «Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei.

Aus dem K. Institut für Experimentelle Medicin.
Abt. von A. A. Wladimiroff.

Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Complement und Opsonin.

Vorläufige Mitteilung.

Von
Dr. O. Hartoch.

Das Phänomen der sogenannten Complementablenkung besteht bekanntlich darin, dass das zum amboceptorhaltigen inactivierten Serum hinzugefügte Complement in Anwesenheit des specifischen Antigens gebunden wird und die Activierung des später hinzuzufügenden hämolytischen Systems (inactiviertes hämolytisches Serum plus Erythrocyten) ausbleibt.

Die positive Complementbindungsreaction, gekennzeichnet durch ausbleibende Hämolyse, findet somit ihre Erklärung in der Abwesenheit von freiem hämolytischen Complement.

In einer früheren Beobachtungsreihe *) konnten wir feststellen, dass bei Verarmung des Serums trypanosomenkranker Tiere an hämolytischem Complement eine parallel gehende nicht specifische Opsoninverminderung, resp. ein völliger Opsoninschwund einzutreten pflegte.

Wir sprachen schon damals von einem wahrscheinlichen inneren Causalconnex zwischen diesen beiden Erscheinungen und nahmen an, dass die Schwankungen des Complementgehaltes im zu untersuchenden Serum für das Ergebnis des Opsoninversuches durchaus nicht gleichgültig sind.

Wir fühlten uns demgemäss berechtigt, zu verlangen, dass bei Durchführung des Opsoninversuches in praxi ein Controllversuch mit einem nicht specifischen Bacterium für die Specifität des Opsoninversuches Sorge tragen müsse.

Was die näheren Ausführungen darüber betrifft, so muss ich auf die Originalarbeit verweisen.

War es, wie gesagt, nahe, an einen inneren ursächlichen Zusammenhang zu denken, welcher zwischen Complement- und Opsoninverhalten zu bestehen scheint, so sind die im Nachstehenden mitgeteilten Versuche angetan, diesen Glauben weiter zu bestärken:

Die Versuchsanordnung bestand in Folgendem: in die gewöhnlichen, zum Opsoninversuche stets benutzten Glaspipetten wurde bis zur Marke aufgesogen:

1) Antigen (wässeriger Extract aus syphilitischer Leber, hergestellt nach Levaditi);
2) inactiviertes luetisches Serum;
3) Complement vom Meerschweinchen.

Nach gründlicher Vermischung der drei Teile durch wiederholtes Aufsaugen und Ausblasen auf einem Uhrschälchen wurde das Gemisch in den ausgezogenen Teil der Pipette aufgesogen, das Ende zugeschmolzen und während $1-1^1/_2$ Stunden Thermostatentemperatur ausgesetzt.

*) Hartoch und Willim. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 41. 1908.

Hernach wurde mit diesem Gemisch der gewöhnliche Opsoninversuch angestellt, indem zu dem Gemische als Bacterienemulsion eine Aufschwemmung einer eintägigen Agarcultur des Staphylococcus albus und als Leucocyten die dem Meerschweinchencomplement adäquaten Meerschweinchenleucocyten hinzugefügt wurden.

Als Controllversuche dienten immer

1) gleich angestellte Versuche, bei welchen statt der luetischen Sera inactivierte normale Sera zur Verwendung gelangten und

2) solche, in denen physiologische ClNa-Lösung das luetische Serum ersetzte.

Das Schema der Versuche wäre somit folgendes:

A. — Antigen.
S. — inactiviertes zu untersuchendes Serum.
C. — Meerschweinchencomplement.
St. — Staphylococcusemulsion.
ML. — Meerschweinchenleucocyten.
G. — Gemisch von A + S + C nach dem Thermostatenaufenthalt.

1) $\overbrace{\underbrace{A + S \text{ luetisch } Nx + C}_{\text{aa auf 1 Std. Thermostat}}}^{G_1}$ danach $\underbrace{G_1 + St. + ML}_{\text{aa 20 Min. Thermost.}}$

= herabgesetzte Phagocytose (2,6 Durchschnitt von 8 luet. Sera).

2) $\overbrace{\underbrace{A + S \text{ norm. } Ny + C}_{\text{aa auf 1 St. Thermost.}}}^{G_2}$ danach $\underbrace{G_2 + St + ML}_{\text{aa 20 Min. Thermost.}}$

= normale Phagocytose (10,3 Durchschnitt von 4 norma Sera).

3) $\overbrace{\underbrace{A + \text{Physiol. ClNa} + C}_{\text{aa auf 1 St. Thermost.}}}^{G_3}$ danach $\underbrace{G_3 + St + ML}_{\text{aa 20 Min. Thermost.}}$

= fast normale Phagocytose (8,0 Durchschnitt von 2 Versuchen).

Es sei hier gleich erwähnt, dass der Antikörpergehalt der luetischen Sera durch vorhergehende Untersuchung mit Hülfe der Wassermannschen Complementbindungsreaction seitens der auf diesem Gebiet competenten Collegen Masslakowetz und Liebermann sichergestellt wurde, und nur solche luetischen Sera in meinen Versuchen zur Verwendung kamen, die absolute Hemmung der Hämolyse gegeben hatten und in den Protocollen der beiden Collegen mit drei Kreuzen angeführt waren.

Auch was das Antigen anlangt, so benutzte ich als Material denselben wässrigen Leberauszug mit welchem die Collegen immer am Tage vorher ihre Versuche durchführten und den sie mir in liebenswürdiger Weise zur Verfügung stellten.

Es zeigte sich nun, dass in einer Reihe von Fällen, in welchen luetisches Antigen, luetisches Serum und Complement vom Meerschweinchen zusammengebracht und während 1—17 Stunden Thermostatentemperatur ausgesetzt worden waren, das Gemisch nach dem Thermostatenaufenthalt im Gegensatz zu den Controllversuchen (siehe oben) die Fähigkeit eingebüsst hatte, Erscheinungen der Opsonisation zu zeigen.

Die absoluten Zahlen der phagocytierten Keime zeigten Werte, welche in exquisiten Fällen 6 und 10 mal kleiner waren als die Zahlen in den Controllversuchen.

Es sei bemerkt, dass in einem Falle eine solche Verminderung des Opsoningehaltes im Gemische nicht nachweisbar war, trotzdem das betreffende Serum am Tage vorher deutlichen Wassermann gegeben hatte.

Doch möchte ich betonen, dass meiner Ansicht nach derartige abweichende Resultate gegenüber den übrigen positiven nicht ins Gewicht fallen, zumal da die technische Seite der von mir gewählten Versuchsanordnung noch nicht endgültig ausgearbeitet ist.

Fernerhin — die Beobachtungen von Landsteiner, Müller und Pötzl[2]), welche im Institut für Experimentelle Medicin einer Nachprüfung unterworfen und bestätigt wurden, [3]) zeigten, dass das Serum trypanosomenkranker Kaninchen in Anwesenheit eines wässrigen Auszuges normaler Meerschweinchenleber das hinzugefügte Complement bindet.

Mischte ich nun analog der obigen Versuchsanordnung das inactivierte Serum der trypanosomosekranken Kaninchen mit centrifugiertem wässrigen Meerschweinchenleberextract und Complement zu gleichen Teilen und überliess es für 1 Stunde Thermostatentemperatur, so zeigte das Gemisch nach dem Thermostatenaufenthalt stark verminderte opsonisierende Fähigkeiten, während die Controllversuche mit normalem inactivierten Kaninchenserum und solche mit physiol. ClNa-Lösung entsprechend höhere Werte zeigten.

Mit diesen Beobachtungen drängen sich von selbst gewisse Fragen auf, deren Lösung ein gewisses theoretisches Interesse haben mag.

Wir wissen, dass inactiviertes syphilitisches Serum plus Antigen das hämolytische Serumcomplement, welches wir in bestimmter Menge hinzufügen, bindet; auf jeden Fall ist dieses die theoretische Begründung der Wassermannschen Reaction.

Darf man nun auf Grund der obigen Versuche von einer eingetretenen Opsoninbindung sprechen, von einer Bindung, welche der Complementbindung gleichzusetzen wäre? Dürfen wir auf Grund der auch [1]) in diesen Versuchen ausgesprochenen Congruenz zwischen Complement- und Opsoninverhalten schlechtweg die Begriffe Complement und Opsonin identificieren? Die Frage dürfen mit Ja beantwortet werden, falls wir nur die Zahlen des gefärbten Ausstrichpräparates berücksichtigen und ohne weitere theoretische Erörterungen über den Bau der Opsonine uns zum Satze bekennen — ohne Opsonin keine Phagocytose —, folglich wo keine Phagocytose dort kein Opsonin.

Nehmen wir aber in Uebereinstimmung mit den Ergebnissen der letzten Forschungen auf diesem Gebiete an, dass die Opsonine Körper sind von complexem Bau (Amboceptor-Complement), so wäre die verminderte Phagocytose in unseren Lues und- Trypanosomosefällen genügend erklärt mit der Annahme, dass nur einer der bei der Opsoninwirkung beteiligten Factoren, und zwar nur der complementäre Teil vom Opsonin durch den Antikörper gebunden wird. Wir hätten, diese mir am wahrscheinlichsten vorkommende Hypothese zugelassen, einen weiteren [1]) Beweis für die Identität des hämolytischen und „opsonischen» Complementes, sofern man nicht mit der zeitlichen Coincidenz der Bindung von hämolytischem und „opsonischem" Complement rechnen will.

Solche Identität wäre aber auch ein directer Hinweis darauf, dass die Opsoninwirkung nicht nur von einem specifischen Factor, sondern auch von einem nichtspecifischen Factor und zwar von dem nichtspecifischen hämolytischen resp. opsonischen Complement abhängig ist.

Die Schwankungen des opsonischen Index dürfen daher in praxi nur dann diagnostisch und therapeutisch verwertet werden, wenn durch einen entsprechenden Controllversuch mit einem nicht specifischen Bacterium sichergestellt ist, dass die Schwankungen sich nur gegenüber dem specifischen, im gegebenen Falle supponierten Krankheitserreger nachweisen lassen.

Es liegt nun nahe, sich die Frage vorzulegen, ob die Beobachtungen über „Opsoninbindung" nicht auch practisch, speciell bei der Serodiagnostik der Lues, ver-

wertet werden können. Weniger natürlich wegen einer vermeintlichen Einfachheit der von mir benutzten Versuchsanordnung, als wegen gewisser Unbequemlichkeiten, die sowohl für den Untersucher als auch für den Patienten bei Anstellung der Wassermannschen Reaction in Betracht kommen.

Für den Patienten besteht die Unannehmlichkeit darin, dass ein grösseres Quantum Blut, zum mindesten 2 bis 3 ccm., intravenös entnommen werden muss, während bei obiger Versuchsanordnung eine gewöhnliche Blutentnahme aus dem Ohrläppchen oder aus der Fingerkuppe (analog d. Verfahren bei Widalanstellung oder bei Wright) genügt.

Für den Untersucher ist die zeitraubende Arbeit der Gewinnung und der mehrmaligen Waschung der Erytrocyten, die Gewinnung des hämolytischen Serums als Unbequemlichkeit der Wassermannschen Reaction zu bezeichnen. Diese zwei Momente sind bei meiner Versuchsanordnung durch die relativ viel einfacher herzustellenden 2 Ingredienzien des Opsoninversuches (Bacterienemulsion und Leucocyten) ersetzt.

Wenn ich dennoch die Frage über die Nutzanwendung der obenausgeführten Versuchsanordnung für die Serodiagnostik durchaus offen lasse, so tue ich das, weil ich eine solche Frage überhaupt erst dann für discutabel halte, wenn durch Ausarbeitung einer exacten Methodik für die absolute Sicherheit der Reaction Garantie geschaffen worden ist.

Die Wassermannsche Reaction mit ihrer, ich möchte fast sagen, mathematisch functionierenden Technik ist eine Reaction, die meiner Ansicht nach erst dann durch andere ersetzt werden darf, wenn dieselben zum mindesten gleiche Exactheit und gleiche übereinstimmende und zweifellose Resultate sichern wie die classische Complementbindungsreaction nach Wassermann. Die vorliegende Publication bezweckt daher nur einen weiteren Beitrag zur rein theoretischen Seite der Lehre von den Opsoninen zu liefern.

Literatur:

1) Hartoch und Willim. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 41. 1908. 2) Landsteiner, Müller und Pötzl. Wien. Klin. Wochenschr. Nr. 46. 1907. 3) Hartoch und Jakimoff. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 21. 1908.

Aus dem Röntgenkabinet der chir. Abteilung des städtischen Obuchowhospitals in St. Petersburg.
Chefarzt: Professor Dr. H. Zeidler.

Ueber die schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen auf Aerzte und Patienten und die zu ergreifenden Schutzmassregeln. *)

Von

Dr. Erich Hesse.

Als die Röntgenstrahlen im Jahre 1896 ihren siegreichen Entwickelungsgang begannen, wurde es bald bekannt, dass auch diese neue Errungenschaft der Wissenschaft ihre Opfer fordern und finden sollte.

Durch die gesamte Röntgenliteratur zieht sich wie ein roter Faden die Warnung vor dem unvorsichtigen Gebrauch und der Rat weitgehendster Schutzmassregeln.

Im Hinblick darauf muss es befremdend wirken, wenn in vielen Röntgenbetrieben bis zum heutigen Tage entweder garkeine oder nur äusserst unzureichende Massregeln zum Schutz von Arzt und Patienten ergriffen werden.

Namentlich bei uns in Russland ist es mir aufgefallen, dass nur wenige Röntgenanlagen hinsichtlich ihrer Schutzvorrichtungen den Anforderungen entsprechen, die wir Angestellte nicht nur berechtigt, sondern unserer Gesundheit wegen verpflichtet sind zu stellen. — Doch auch im Auslande sind, wie mir aus eigener Anschauung bekannt, lange noch nicht alle Röntgeninstitute auf der Höhe der modernen Anforderungen.

Aus diesen Gründen möchte ich mir erlauben in vorstehenden Zeilen eine kurze Uebersicht über die schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen, wie sie uns nach den neuesten Forschungen der Wissenschaft bekannt ist, zu geben und zugleich einige in den mustergültigsten Krankenhäusern erprobte Schutzvorrichtungen zur Annahme zu empfehlen.

Kaum war die Lehre von den Röntgenstrahlen den Kinderschuhen entwachsen, als sich auch schon Klagen über schädigende Einflüsse verschiedenster Art geltend machten.

Es erscheint verständlich, wenn vor allem die Veränderungen der äusseren Haut ins Auge fielen. Hier waren es die in den Röntgenbetrieben beschäftigten Techniker und Aerzte, die in erster Linie an der gefürchteten Röntgendermatitis erkrankten.

Die genannte Erkrankung hat ihre Ursache in einer hochgradigen Atrophie der Talgdrüsen, welche von einer allgemeinen Hyperkeratose begleitet ist. Auf dieser brüchigen Haut entstehen zahlreiche schmerzhafte Rhagaden, die ihrerseits als Eingangspforten für Infectionen dienen können und aus denen sich andererseits, als ein weiteres Stadium der Dermatitis, schwer heilende Ulcera entwickeln können.

Die Röntgenstrahlen sind ein cumulativ wirkendes Gift. Die schädigende Wirkung in Form der Röntgendermatitis tritt infolge dessen erst längere Zeit nach der Belichtung auf, — oft erst monatelang nach stattgefundener Bestrahlung.

Das Röntgenulcus zeigt in seiner schlecht ernährten Umgebung nur wenig Heilungstendenz; — sein schlimmster Ausgang jedoch ist der, wenn sich allmählich auf diesem Boden ein Cancroid entwickelt.

Diese Erscheinung begegnet uns bisher 29 mal in der Literatur [16]) u. [65]). So hatten wir vor kurzer Zeit den Tod eines angesehenen amerikanischen Röntgenologen [2]) zu beklagen, der trotz vorgenommener Amputationen vor Metastasen, die von einem Röntgencancroid ausgingen, nicht gerettet werden konnte. Nicht weniger beklagenswert war die Erkrankung eines Hamburger Röntgentechnikers [85]) an einem Cancroid des rechten Handrückens, welches sich nach 4-jähriger Benutzung der Hand als Testobject im Anschluss an eine ulceröse Dermatitis entwickelte. Die im genannten Fall vorgenommene Exarticulation im Schultergelenk brachte die Erkrankung zum Stillstand.

Es würde zu weit führen, alle in der Literatur bekannten Fälle von Röntgendermatitis aufzuzählen, es sei nur kurz darauf hingewiesen, dass Ranzoni [75]) 33—35% aller Röntgenologen als von dieser Erkrankung ergriffen bezeichnet, welche Ziffer jedoch entschieden als zu hoch bezeichnet werden kann.

Die Röntgenstrahlen wirken, wie gesagt, additionell; — es erscheint infolge dessen von vornherein wahrscheinlich, dass primo loco solche Leute geschädigt werden, die sich gewohnheitsmässig der Bestrahlung aussetzen. Nichtsdestoweniger beobachten wir die Röntgendermatitis nicht selten auch an unseren Patienten, wobei hervorgehoben werden muss, dass die entzündlichen Erscheinungen oft schon nach kurz dauernder Bestrahlung, ja manchmal nach einer einzigen Sitzung auftraten. In diesen letzteren Fällen sind einzelne Autoren [14]) geneigt

---

*) Vortrag gehalten am 14. X. 1908 im «Verein St. Petersburger Aerzte» und am 10. X. 1908 in der «Wissenschaftlichen Vereinigung der Aerzte des Obuchowhospitals».

diesen Patienten eine hochgradige Idiosynkrasie auch gegen die geringste Dosis der Strahlen zuzuschreiben.

Immerhin ist die Zahl der bekannt gewordenen Röntgenverbrennungen bei Patienten im Verhältnis zu den stattfindenden Bestrahlungen nicht gerade gross. Codman [19]) zählt bis 1902 im ganzen 172 Schädigungen auf und Holzknecht [47]) berechnet circa $1^0/_0$ Schädigungen, wobei er die im Abnehmen begriffene Procentziffer der Einführung der Radiometers zuschreibt.

Den schweren Erscheinungen der Röntgendermatitis gehen gewöhnlich warnende Vorboten voraus, welche in einer diffusen Rötung des Handrückens und einem schmerzhaften Brennen der afficierten Partien bestehn. Ferner machen sich bald, infolge von Ernährungsstörungen in den Zellen der Nagelwurzel, Störungen im Wachstum der Fingernägel bemerkbar und ein jeder Röntgenuntersucher dürfte wohl an sich bemerken, dass seine Nägel dünner und rissig werden, und eine eigentümliche Braunfärbung der Nageloberfläche eintritt.

Eine seltenere Erscheinung dürfte das bisher in 7 Fällen [6]) beobachtete Auftreten eines allgemeinen Ekzems sein. Dieselbe Genese dürfte wohl, der nicht selten beobachteten, Alopecie zu Grunde liegen.

Schwer schädigend wirken die Röntgenstrahlen im weiteren auf das Auge des Untersuchers, welches in ungeschützten Röntgenbetrieben, namentlich bei diagnostischen Durchleuchtungen der Bestrahlung unmittelbar ausgesetzt erscheint. Albers-Schönberg [2]) beobachtete bei Arbeitern in Röntgenröhrenfabriken das Auftreten von hartnäckigen Conjunctivitiden und ich selbst habe im vergangenen Winter, da ich mich keinerlei Schutzvorrichtungen bediente, an einer solchen gelitten.

Weit schwerere Erscheinungen beobachtete Birch-Hirschfeldt [11] u. [12]) bei 3 Patienten, bei welchen er eine Atrophie der Netzhautganglienzellen und eine cystische Entartung der Macula diagnosticieren konnte.

Auch die Tierexperimente desselben Autors beweisen den schädigenden Einfluss der Röntgenstrahlen aufs Auge, da er bei Kaninchen im Gefolge von Bestrahlungen Blepharitiden, Conjunctivitiden, Trübung der Iris und der Cornea und sogar Opticusatrophie nachweisen konnte. Auch Rollins [79]) und Barjon [5]) beobachteten Linsenveränderungen und im Anschluss daran Sehstörungen, während Hippel [45]) bei Bestrahlung trächtiger Kaninchen experimentell Schicht- und Centralstaar an den Embryonen erzeugen konnte.

Auch auf die übrigen Organe des Menschen haben die Röntgenstrahlen eine mehr oder weniger intensive Wirkung.

Im allgemeinen scheint sich jedoch dieselbe hauptsächlich auf die Organe zu beziehen, die in irgend einer Beziehung zur Blutbereitung stehn.

Heineke [43]) fand nach ausgezeichneten Tierversuchen eine ausgedehnte Vernichtung des lymphoiden Gewebes und einen Untergang der Zellen des Knochenmarks und der Milzpulpa, — Erscheinungen, die uns von den therapeutischen Bestrahlungen bei der Leukämie her bekannt sind.

Zu den interessantesten Erscheinungen gehört entschieden die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane.

Nachdem die vorliegende Erscheinung von Albers-Schönberg im Tierexperiment entdeckt wurde, haben auch die diesbezüglichen Erfahrungen am Menschen nicht auf sich warten lassen.

So berichten Brown und Osgood [16]) über 18 Arbeiter aus einem Röntgenlaboratorium, welche nach 3-jähriger Laboratoriumsarbeit ausnahmslos überhaupt keine Spermatozoen zeigten. Keiner von ihnen war vorher venerisch krank oder sexuell abnorm veranlagt gewesen. Einige Arbeiter, welche erst kürzere Zeit dort arbeiteten oder sich vor directer Bestrahlung geschützt hatten, zeigten wechselnde Zustände von Oligo- und Necrospermie. Die potentia et libido coeundi hatte bei keinem gelitten, doch war eine augenscheinliche impotentia generandi in dieser Zeit nachweisbar.

Philipp [71]) beobachtete $1^1/_2$ Jahre nach stattgehabter Bestrahlung bei 2 Männern, welche er 6 resp. 3 Stunden dem Röntgenlicht ausgesetzt hatte, völlige Azoospermie, wobei die libido coeundi gleichfalls nicht gelitten hatte.

Laporsky [71]) (New-Jork) behandelte einen Kranken wegen pruritus und fistula ani mit Röntgenstrahlen. Der vorher normale Samen zeigte nach 2 Sitzungen von 10—15 Minuten in 8 Tagen Necrospermie. Nach 5 Monaten zeigten sich beim Patienten wieder lebende Samenfäden.

Kurze Zeit nachdem die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die männlichen Geschlechtsorgane bekannt geworden war, hörte man auch schon von schädigenden Einflüssen auf die Function der weiblichen Genitalien. Foveau de Courmelle [31]) behandelte 30 Fälle von Fibromyomen des Uterus mit Röntgenstrahlen und beobachtete zuerst eine Verlangsamung und schliesslich ein Ausbleiben der Menses, angeblich infolge von Atrophie der Ovarien. Histologisch soll bei einem derart behandelten und schliesslich wegen Schmerzen exstirpierten Tumor eine fibröse Umwandlung der Ovarien constatiert worden sein.

Derselbe Autor berichtet an anderer Stelle [31]) über 53 mit Röntgenstrahlen behandelte Frauen im Alter von 31—57 Jahren, von denen 52 zur frühzeitigen Menopause kamen. Die älteren reagierten schneller, was natürlich durchaus verständlich erscheint.

Dieselbe Wirkung illustrieren die interessanten Tierversuche Halberstaedters [38]) aus der Neisserschen Klinik. Der genannte Autor belichtete $^1/_2$ Stunde lang bei Kaninchen die eine Bauchhälfte, wonach der bestrahlte Eierstock kleiner wurde und keine Follikel mehr nachzuweisen waren.

Auch auf die Gravidität üben die Röntgenstrahlen einen schädigenden Einfluss aus. Von 15 trächtigen Kaninchen, die Fellmer und Neumann [28]) in der ersten Hälfte der Gravidität der Belichtung aussetzten, hatte keins geworfen; es war also nach erfolgter Bestrahlung ein Rückgang in der ersten Hälfte der Gravidität constatierbar.

Ebenso ungünstig wirken Bestrahlungen auf die lebende Frucht im Mutterleibe. So berichtet Lengfellner [62]) von trächtigen Meerschweinchen, die er 2—3 Tage vor dem Wurf bestrahlte, wobei die Frucht nach 40 Minuten ad exitum kam.

Fassen wir kurz die Ergebnisse der Wissenschaft auf diesem Gebiet zusammen, so können wir folgendes als feststehend bezeichnen:

Die Röntgenstrahlen wirken mit Erhaltung der libido coeundi zerstörend auf die Elemente der Samenproliferation und Folikelbildung, wobei bei den geschädigten Personen die mit diesen Vorgängen in Zusammenhang stehenden physiologischen Erscheinungen in Wegfall kommen.

Es erübrigt nun noch der Allgemeinerscheinungen nach Röntgenbestrahlung zu gedenken, deren Erklärung wir jedoch zum grössten Teil schuldig bleiben müssen.

Edsall [26]) fand den Stoffwechsel nach dauernder Bestrahlung geschädigt. So war die Ausscheidung von Stickstoff und Phosphaten, angeblich durch den Zerfall der Zellsubstanz selbst bei Gesunden erhöht.

Dieselbe Beobachtung wurde durch Quadrone [74]) bestätigt, der den Harnsäure- und Phosphorsäuregehalt gesteigert fand.

Andere Autoren [75]), [27]) u. [5]) beobachteten schwere peritoneale und septische Zustände, Herzarythmien und

Erscheinungen, die auf Schädigung des Magendarmsystems schliessen liessen.

Ferner wurden sonnenstichähnliche Affectionen [21], [98]) Krämpfe und Lähmungen [78]) beobachtet.

Auch auf das Knochenwachstum wirken die Röntgenstrahlen hemmend. So beobachtete Récamier [76]), Knochen, Knorpel- und Periostwachstumshemmungen im Tierexperiment, wobei sich die Schädelknochen wesentlich empfindlicher erwiesen als die Extremitäten.

Die Ursachen dieser Erscheinungen sind bis jetzt noch nicht geklärt und die Acten über diese Frage noch lange nicht geschlossen.

Ob wir sie in dem von Linser [66]) entdeckten und von Curschmann und Gaupp [20]) bestätigten Leucotoxin, einem durch den Zerfall der Leukocyten entstandenen Gift, zu sehn haben erscheint nach Klieneberger [56]) fraglich.

Der Vollständigkeit wegen werfen wir noch einen kurzen Blick auf die hierher gehörigen hochinteressanten Tierexperimente, soweit wir sie noch nicht erwähnt haben.

Bordier's [15]) bestrahlte Raupen waren kleiner, dunkler und weniger munter, sie verpuppten sich später und die Schmetterlinge kamen nicht aus.

Hasebrock [41]) folgert aus einer Reihe von Versuchen, während welcher er Schmetterlinge dem Röntgenlicht aussetzte, eine tiefgreifende Veränderung im Aufbau des Epithelialgewebes und eine Vermehrung der schwarzen Pigmentation.

Schilling [82]) bestrahlte Hühnereier und fand, nachdem die ausgebrüteten Hühnchen zunächst 2—3 Wochen völlig normal gewesen waren, eine Weissfärbung der Rückenfedern. — Während Schaudinn [81]) keine Schlüsse aus seinen Protozoenversuchen glaubt ziehen zu dürfen, fand Joseph [51]) bei diesen Organismen eine Verlangsamung des Vacuolenpulses und Veränderungen, wie sie sonst bei Ermüdung durch langes Schütteln aufzutreten pflegen. Auf Bacterien scheinen, den bisherigen Forschungen [50]), [58] u. [90] nach, die Röntgenstrahlen keinen Einfluss zu haben.

Krause schreibt der Bestrahlung eine unzweifelhafte Einwirkung auf die bacteriellen Erkrankungen zu, meint aber, dass diese auf dem Umwege über die Zelle zu Stande kommt.

Im Gegensatz dazu fand Leckt [60]) bei bestrahlten Pflanzen Wurzelfäulnis und Wachstumsstörungen.

Nach Tarchanow [98]) war die Reflexerregbarkeit beim Froschgehirn nach der Belichtung wesentlich herabgesetzt.

Heineke [42]), [43]) belichtete Mäuse und Meerschweinchen mit grösseren Dosen Röntgenstrahlen, wobei der Tod nach 6—10 Tagen eintrat. Die jüngeren Tiere waren bedeutend empfindlicher. Die Section ergab schwere Milzveränderungen im vorhin erwähnten Sinne.

Foersterlings [29]) Versuche mit kleinen Dosen, wie sie täglich zu therapeutischen Zwecken verwandt werden, beweisen gleichfalls, dass die Röntgenstrahlen imstande sind schwere Schädigungen hervorzurufen. Im Verhältnis zu den Controlltieren blieben seine Versuchsobjecte im Wachstum bedeutend zurück und zeigten Zustände, wie wir sie im I. Stadium der Dermatitis zu beobachten pflegen.

Auf Grund der angeführten Daten, welche die Röntgenstrahlen unter Umständen als ein stark wirkendes Gift erscheinen lassen, können wir uns nicht wundern, wenn sich Conflicte mit dem Gesetz und Schadenersatzprocesse aller Art zu häufen beginnen.

Es ist selbstverständlich wenn diese Processe sowohl für den Richter, als auch für den Sachverständigen mithin zu den schwierigsten Problemen der Rechtssprechung gehören, da die Uebergänge von unverschuldeten Schädigungen des Patienten zur offenbaren Fahrlässigkeit des Arztes so verschwommen sind, dass Irrungen stets vorkommen werden.

Vom rechtlichen Standpunct müssen uns 2 Hauptgruppen interessieren.

1) Die Schädigungen des Patienten durch den Arzt und die Schadenersatzansprüche letzterem gegenüber.

2) Die Schädigungen des Arztes im Röntgenbetriebe und die Schadenersatzansprüche gegen die Krankenhausverwaltung.

Von Processen der ersten Gruppe, d. h. Schadenersatzanspüche von Patienten, kamen bis zum Jahre 1902 sieben zur gerichtlichen Begutachtung und seitdem sind noch einige weitere hinzugekommen [14]). In einem Fall (Schürmayer) schloss die Verhandlung damit, dass der betreffende Arzt, auf Grund von sachunverständigem Sachverständigengutachten wegen Fahrlässigkeit zu einer hohen Schadenersatszahlung verurteilt wurde.

Immerhin ist nur der kleinste Teil von Röntgenschädigungen unter den Patienten zu suchen. Der grösste Teil der Opfer recrutiert sich nach wie vor aus der Zahl der Aerzte; natürlich ohne zur Kenntnis der Oeffentlichkeit zu gelangen.

Nach dem deutschen Gesetzbuch [11]), [54]), [55]) ergibt sich für die Krankenhausdirection die Pflicht ihre Angestellten gegen die schädigende Einwirkung der Röntgenstrahlen zu schützen.

Ob sich bei uns in Russland, wenigstens im practischen Einzelfall, eine gleiche Schlussfolgerung ziehen lassen würde, erscheint mehr als fraglich.

Jedenfalls ist der Hinweis Hennecarts [44]), auf die Notwendigkeit einer besonderen Gesetzgebung die Röntgenstrahlen betreffend, im höchsten Grade beachtenswert und wäre die Idee eines internationalen Einvernehmens, wie es der genannte Autor in Vorschlag bringt, sehr zu wünschen.

Nachdem wir uns nun davon überzeugt haben, dass die Röntgenstrahlen für unseren Organismus nicht gleichgültig, sondern in vielen Beziehungen schädigend sind, müssen wir uns vor die Frage stellen, mit welchen Mitteln wir die schädigende Wirkung bekämpfen können.

Als Grundprincip können wir vorausschicken, dass wir nach eingetretener Röntgenschädigung nahezu machtlos sind; — unsere Hauptaufgabe liegt in der Prophylaxe.

Welche Schutzmassregeln stehen uns nun nach unseren bisherigen Erfahrungen zu Gebote?

Unsere Patienten schützen wir hauptsächlich durch eine zweckentsprechende Dosierung der Strahlen. Es gilt im allgemeinen als ratsam, für eine einmalige Bestrahlung die Maximalzeit von 4 Minuten nicht zu überschreiten, während für ein und denselben Patienten ein tägliches Maximum von 12 Minuten einzuhalten ist.

Kleine Kinder sollten wir nur in dringenden Fällen den Röntgenstrahlen aussetzen, da es bewiesen ist, dass der jugendliche Organismus weit empfindlicher als der erwachsene ist.

Ob wir bei einer einmaligen Bestrahlung den Bleischutz der übrigen Körperteile des Patienten vornehmen sollen, ist bisher noch nicht entschieden. Mir scheint diese Massregel unnütz, da wir in den allerseltensten Fällen von einer einmaligen diagnostischen Durchleuchtung irgendwelchen Schaden erwarten können. Am grossen Material des Obuchowhospitals haben wir keinen einzigen derartigen Fall zu verzeichnen. Weit schwieriger gestaltet sich die Frage, mit welchen Schutzvorrichtungen wir Aerzte uns versehn müssen, die wir täglich eine längere Zeit in der Röntgenatmosphäre arbeiten müssen.

Lassen wir die wichtigsten Propositionen Revue passieren:

Es ist wichtig, wie Albers-Schönberg rät, hinter der Röhre zu stehn, also nicht im directen Strahlenbereich. Doch ist diese Massregel nicht genügend, denn es bleiben wie man sich mittels eines Leucht-

schirmes überzeugen kann, noch genügend in der Luft verteilte Strahlen übrig, welche auf diesem anscheinend sicheren Punct den Untersucher ereilen (Albers-Schönberg).

Auch die senkrechte unbewegliche Bleiwand oder die Dawidsohnsche [22]) fahrbare Bleiglaswand, wie sie sich in vielen Röntgencabinetten finden, bieten keine genügende Garantie gegen die Ausbreitung der sogen. Secundärstrahlen.

Treffen nämlich die Röntgenstrahlen auf Gegenstände innerhalb des Zimmers, so werden von diesen Secundärstrahlen ausgehen, welche auch hinter die Bleiwand gelangen können.

Die Versuche Albers-Schönbergs beweisen dieses vollkommen, da Platten, welche hinter der Bleiwand und sogar im Nebenzimmer aufgehängt waren, nach kurzer Zeit Belichtungsspuren aufwiesen. Es war also klar, dass sich die rückwärtige Strahlung durch den ganzen Untersuchungsraum und sogar durch die Wand fortgepflanzt hatte.

Keinen absoluten Schutz für die Hände bieten auch die in den Handel gebrachten Bleigummihandschuhe (Firma Kohl in Chemnitz) oder die von Lewy-Dora [64]) empfohlenen Handschuhe mit Stanioleinlage; da Fälle [101]) bekannt geworden sind, in denen trotz Gebrauch der erwähnten Handschuhe eine Röntgendermatitis auftrat.

Dasselbe gilt von den Schutzschürzen, die zu alledem noch ein colossales Gewicht repräsentieren.

Auch die Bleiglasbrillen lassen die seitlich auftreffenden Strahlen passieren, wenn sie auch für die senkrecht auffallenden Strahlen absolut undurchlässig sind.

Bleipanzer und Helme, wie sie als Notbehelf empfohlen sind [10]), können ihres Gewichts wegen wohl kaum einen Erfolg erwarten.

Fassen wir nun diejenigen Vorrichtungen zusammen, welche uns am empfehlenswertesten erscheinen.

Albers-Schönberg empfielt in der ersten Auflage seiner „Röntgentechnik" als besten Schutz für „ängstliche Gemüter", wie er sich selbst ausdrückt, eventuell ein bleibeschlagenes Schutzhaus. In der dritten Auflage jedoch rät er dringend auf Grund anderer und eigener übler Erfahrungen zur Einführung dieser sichersten Schutzvorrichtung.

Photographische Platten, welche wochenlang in diesen Schutzhäusern hingen, zeigten nicht die geringsten Belichtungsspuren und beweisen somit die absolute Undurchlässigkeit dieser Bleiwände.

Aus diesem Grunde können wir die Einführung dieses Schutzhauses nicht dringend genug empfehlen. Die Anlage eines solchen ist nicht kostspielig und nimmt bei einigermassen practischer Einrichtung nur wenig Platz fort.

Die Wände sind aus einfachem Holz zu wählen; auf der Innenseite sind sie mit Bleiblech ausgeschlagen, welches sich seinerseits empfielt mit Wachstuch oder einer zweiten Holzlage zu bekleiden, um einer eventuellen Bleiintoxication vorzubeugen [57]).

An den 3 Aussenwänden sind Bleiglasfenster anzubringen, welche durch Holzklappen verschlossen werden können.

An der vierten Wand, die ja mit der Innenwand des Zimmers zusammenfällt, befindet sich die Ein- und Ausschaltungsscala und die Beleuchtungseinschalter.

Auf dem Dach des Hauses kann bei Raummangel der Inductor placiert werden.

Ferner sorgt eine Verbindung der die Wände auskleidenden Bleiplatten mit der Erde für Verhütung des Funkenüberschlages.

Wir sehen also, dass wir uns bei photographischen Röntgenaufnahmen oder Bestrahlungen zu therapeutischen Zwecken vollkommen schützen können.

Schwieriger ist dieses Princip bei diagnostischen Durchleuchtungen durchzuführen.

Es empfielt sich dabei an die Rückseite des Platin-Barium-Cyanürschirmes eine Bleiglasplatte zu befestigen, welche die Hauptsumme der das Gesicht treffenden Strahlen zurückhalten soll.

Ferner schütze man sich mit der Bleiglasbrille und Handschuhen und verwende, wenn möglich, eine Schutzschürze.

Das im Krankenhause am Urban in Berlin gebräuchliche fahrbare Katheder, welches den Unterkörper schützt, scheint mir bei diagnostischen Durchleuchtungen der Empfehlung wert, wenn auch eine gewisse Schwerfälligkeit des ganzen Apparats betont werden muss.

Zum Schluss sei noch gesorgt, dass strenge Vorschriften auch das niedere Personal veranlassen, sich nie ohne Not den Röntgenstrahlen auszusetzen.

Gestatten Sie, dass ich zum Schluss die Hauptsachen aus dieser Arbeit in einige Schlusssätze zusammenfasse:

1) Es ist wissenschaftlich durch klinische und experimentelle Erfahrung bewiesen, dass die Röntgenstrahlen schädigend auf die Zellsubstanz des menschlichen und tierischen Organismus wirken.

Nach den bisherigen Beobachtungen waren beim Menschen vorwiegend die Haut, Augen, Geschlechtsorgane und die mit der Blutbereitung in Zusammenhang stehenden Organe der Schädigung ausgesetzt.

2) Es besteht die Notwendigkeit einer besonderen Röntgengesetzgebung.

3) In jedem Röntgenbetriebe sind im Interesse der Patienten und vor allem der Aerzte, die weitgehendsten Schutzmassregeln zu ergreifen und zwar bei diagnostischer Durchleuchtung die Benutzung von Bleiglasbrillen, Schutzschürzen, Handschuhen und eines Bleiglasleuchtschirmes.

Bei photographischen Aufnahmen und therapeutischen Bestrahlungen aber die Benutzung des Albers-Schönbergschen Schutzhauses.

Literatur.

1) Albers-Schönberg, Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Bd. VII, pag. 217. 2) Albers-Schönberg, Die Röntgentechnik, (Schutzvorrichtungen, pag. 161–185). Hamburg 1906. 3) Ausset-Lille, Compt. rendus 125; pag. 234. 4) Baermann und Linser, Münchener Medic. Wochenschr. 1904. Nr. 23. 5) Barjon, Archives d' électr. méd. 1906. Barjon et Nogier, Archives d' électr. méd. XIV. Nr. 198. 7) Basselt-Smith, Archiv of the Röntgen-Rays. 1901. 8) Bergonié et Tribondeau, Archives d' électr. méd. 19 7. 9) Bernard et Ruothe, Association franç. p. l'avanc. de sciences. 10) Biesalski, Fortschr. auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. Bd. XII. Heft 3. 11) Birch-Hirschfeld, Allg. Medic. Zentral Ztg. Nr. 17. 1905 12) Birch-Hirschfeld, Münch. Med. Wochenschr. 1904 und Archiv f. Ophtalm. 1904. Bd. 59. Heft 2. 13) Blaker Medical Record. 1904. 14) Blum, Fortschr. a. d. Geb. d R.-Str. Bd. XII. 15) Bordier, I. Congrès pour l'étude de radiologie. 1905. 16) Brown and Osgood, Amer. Journal of surgery. XVIII Vol. Nr. 9. 17) Buri, Monatshefte für pract. Dermatologie. Bd. 28. 18) Cluss, Fortschr. a. d. Geb. d. R-Str. Bd. XII. 19) Codmann, Philadelphia Med. Journ. 1902. März. 20) Curschmann u. Gaupp, Münch. Med Wochenschr. 1905. 21) Dale, Med. News. 1897, pag. 111. 22) Davidsohn, Deut. Med. Presse. 1906; Nr. 7. 23) Dessauer, Münch. Med. Wochenschr. 1907. 24) Destot, Compt rendus. 124, pag. 981. 25) Deutschländer, Fortschr. a d. Geb. d. R.-Str. Bd. III. 26) Edsall, 57. Americ. Medic. Assoc. 27) Engel, Deut. Med. Wochenschr. 1907. Nr. 1. 28) Fellmer u. Neumann, K. K. Ges. d. Aerzte in Wien. April 1906. 29) Foersterling, Archiv für Klin. Chirurgie. Bd. 81. 30) Foulterton, Lancet. 1905. 31) Foveau de Courmelles, Académie de sciences. Novembre 1907 et Février 1905. 32) Freund, Grundriss d. ges. Radiotherapie. Berlin u. Wien. 1903. 33) Freund, I. internat. Congress f. Radiotherapie in Lüttich. 12.—15. Aug. 1905. 34) Freund. Wiener Dermatolog. Gesellsch. October 1902. 35) Frieben Aerztlicher Verein in Hamburg. October 1902. 36) Frieben

Münch. Med. Wochenschr. 1903. Nr. 52. 37) Grön, N. meg. laegev. 1903. Nr. 3. 38) Halberstaedter, Berl. Klin. Wochenschr. 1905. Nr. 3. 39) Hall-Edwards, Archives of the R.-Rays. Oct. 1903. 40) Halkin, I. Congrès pour l'étude de la radiologie. 1905. 41) Haschrock, Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. XI, pag. 53. 42) Heineke, Münch. Med. Wochenschr. 1903. Nr. 46. 43) Heineke, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XIV. Bd. 1905. 44) Hennecart, Med. Klinik. 1905. Nr. 27. 45) Hippel, 32. Vers. d. ophtalm. Gesellsch. in Heidelberg. 1905. 46) Holzknecht, Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. VI. 47) Holzknecht, K. K. Ges. d. Aerzte in Wien. März, 1904. 48) Immelmann, Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1905. 49) Jaksch, Wiss. Ges. deut. Aerzte in Böhmen. Juni und October, 1907. 50) Jastram, Zeitschr. f. Electrotherapie einschl. Röntgendiagnostik. 1905, Heft 10—12. 51) Joseph und Prorazek, Zeitschr. f. allgem. Physiologie. Bd. I Heft 2. 1902. 52) Kienböck. Wiener Med. Presse. 1901. 53) Kienböck, 73. Vers. deut. Naturf. u. Aerzte in Hamburg. Sept. 1901. 54) Kirchberg, Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. IX, pag. 187. 55) Kirchberg, Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. IX, pag. 307. 56) Klieneberger u. Zoepperitz, Münch. Med. Wochenschr. 1906. Nr. 18. 57) Krause, Münch. Med. Wochenschr. 1906. 58) Krause u. Jastram, Zeitschr. f. Electrotherap. Bd. VIII. Heft 5—7. 1906. 59) Krause u. Ziegler, Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. X. 60) Leckt, Naturw. Wochenschr. Nr. 21. 1906. 61) Laquerrière, Arch. d'électr. méd. XIV. 1906. 62) Lengfellner, Münch. Med. Wochenschr. 1906. 63) Levy-Dorn, 30. Vers. d deut. Ges. f. Chir. 10.—13. April, 1901. 64) Levy-Dorn, Deut. Med. Wochenschr. 1903. 65) Lindenborn, Beiträge z. Klin. Chir. Bd. 59. August, 1908. 66) Linser u. Helber, Verhandl. d. Congresses f. innere Medicin. 1905. 67) Mendes da Costa, Fratiamento del epithelioma con les rayos X. (Ref. Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. X). 68) Morton. The Medical. Juni, 1903. 69) Oudin, Internat. Congress f. medc. Electr. u. Radiol. in Bern. 1902. 70. Oudin, Monatshefte f. pract. Dermatol. 25. Bd. Heft 9. 71) Philipp, Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. VIII. pag. 114. 72) Porter and White, Multiple carcinomata following X ray dermatitis Annals of Surgery 1907. 73) Pusey, 27. Kongr. d. Americ. Dermat. Assoc. September 1903. 74) Quadrone, Zentralbl. f. innere Med. 1905. 75) Rauzoni, Gazetta medica italiana. 1906. Nr. 40. 76) Récamier, Arch. d' électr. méd. Nr. 186. 1906. 77) Riehl, K. K. Ges. d. Aerzte in Wien. März, 1904. 78) Rodet et Bertin, Presse médicale. 1898. 79) Rollins, The Boston Med. and Surgical Journal. April 1903. 80) Roulin, Acad. des sciences. Juli 1906. 81) Schandinu, Pflügers Arch. f. d. ges. Physiologie. Bd. 77. 1899. 82) Schilling, Aerztl. Ver. in Nürnberg, August 1906. 83) Scholz, Deut. Med. Wochenschr. 1904. Nr. 25. 84) Schürmayer, Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. V, pag. 44 und Bd. IV, pag. 74. 85) Schümann, Arch. f. klin. Chir. Bd. 84. 86) Schwarz, Pflügers Archiv f. d. ges. Physiologie. Bd. 100. 1904. 87) Segny, Compt. rendus 124. pag. 790. 88) Seldin, Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. VII, pag. 322. 89) Shepherd, 27. Congress d. Americ. Dermat. Assoc. 1903. Sept. 90) Smith, Arch. of the Röntgen-Rays. 1901. 91) Spiegler, K. K. Ges. d. Aerzte in Wien. Juni. 1901. 92) Springer, Annales méd. chir. 1901. 93) Тархановъ, О дѣйствіи рентгеновскихъ лучей на животныхъ. 1896. 94) Testaz, La radiographie. 1900. Nr. 41. 95) Two-Edget-Sword, Medical Press. 11. XI. 1903. (Ref. Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. II). 96) Unna, Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. VIII. Heft 2. 97) Vilemens, Acad. des sciences. Mai. 1906. 98) Walsh, Brit. Med. Journal. 1897. I. 99) Weik, Beiträge z. Klin. Chir. 50 Bd. 100) Winkler, Wiener Dermatol Ges. October. 1903. 101) Wodarz, Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. Bd. IX. pag. 384. 102) Wyss, Deut. Zeitschr. f. Chir. Juli. 1908. 103) E. Hesse, Русскій Врачъ 1908 г. Nr. 45.

Referate.

Der 8. Congress der Japanischen Dermato-Urologischen Gesellschaft,

welcher am 3. u. 4. April 1908 im Tokio stattgefunden, hat sich, wie wir dem soeben erhaltenen Doppelheft der «Japanischen Zeitschrift für Dermatologie und Urologie» (Band VIII., Heft 3., 4.) entnehmen, durch besondere Reichaltigkeit ausgezeichnet. Wir müssen nur lebhaft bedauern, dass die früher beigegebenen kurzen Referate in deutscher Sprache seit einigen Jahren wegblieben, sodass man nur noch die Titel erfährt.

Als I. Thema fungierte Lepra (mit 12 Vorträgen), wobei die neuesten Fragen, wie Serodiagnostik (Matsuura, Sakaguchi) und «Nastin»-Wirkung gegen Lepra eingehend behandelt wurden. Besonders lebhaft war die Discussion über die Wirkung der Jodpräparate bei Lepra.

II. Thema: «Ueber Syphilis» brachte Mitteilungen über Spirochaete pallida, Serodiagnostik und Atoxylbehandlung (Ogawa, Ito, Watanabe, Sato), im Ganzen 21 Vorträge.

III. Ueber die Trippermetastase (3 Vorträge). Besonderes Interesse erregten die Tierexperimente über Trippermetastase H. Nakano (Tokio).

Ferner wurden noch 7 Vorträge über verschiedene Themata gehalten, unter denen hervorzuheben sind: Tsuru (Osaka) über die Leucocytozoen und Nakano über Hautreaction der Tuberculinsalbe.

Es wäre im höchsten Grade wünschenswert, dass Prof. Dr. K. Dohi, der Begründer der Gesellschaft und der Zeitschrift sich wieder dazu entschliesse, kurze deutsche Referate zu bringen, damit so interessante Arbeiten auch den europäischen Collegen zugänglich würden.

Petersen.

Prof. Dr. H. Thoms. Falsch declarierte Arzneimittel. (Therapeutische Monatshefte. Heft 12. 1908.)

Verf. behandelt in dankenswerter Offenheit in einem am 8. October c. in der Deutschen Pharmaceutischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage eine der wundesten Stellen unserer heutigen Arzneimitfelfrage, die Epidemie der neuesten Heilmittel, welche zu Ausbeutung der Kranken und zu Untergrabung des Vertrauens der Aerzte zu den neuen Mitteln führt.

Es erweiset sich, dass nicht nur die Reclame zu fürchten ist, sondern auch die Angabe über die Bestandteile so mancher neuer Mittel kein Vertrauen verdient.

Schon ist die Frage in Oesterreich, in der Schweiz und Amerika angeregt, Schutzmassregeln gegen falsche Declaration von Arzneimitteln zu ergreifen, und kürzlich hat auch unser verdienstvoller Landsmann und Jünger der alten Dorpater Universität, Prof. Erich Harnack in der Deutschen med. Wochenschr. (Nr. 36) den Collegen in Deutschland gezeigt, wie die Aerzte durch falsche Angaben über den Wert einzelner neuer Mittel getäuscht werden. Er weist dabei nach, dass das Pyrenol nach der Formel, die veröffentlicht worden, ca. 29 pCt. Thymol enthalten soll, die Analyse jedoch ergibt nur 0,2—0,3 pCt. (!)

Jodvasogen soll laut Etikette aus Vasogen — 94 und Jod. pur. — 6 bestehen, es enthält aber, wie in der Apothekerzeitung (1905, Nr. 59) mitgeteilt worden, — keine Spur freies Jod, da alles Jod als Jodammon gebunden ist.

Aspirophen wird als acetylsalicylsaures Amidoacetparaphetidin angegeben und soll als entgiftetes Salicyl antiseptisch und antirheumatisch wirken. In Wirklichkeit ist es ein Gemisch von Monoacetylpheuokoll (63) und freier Salicylsäure (37).

Aehnlich steht es mit Citrocoll, Formurol, Eston und Epileptol.

Besonders böse ist die Untersuchung des Phagocytin ausgefallen, welches in Phiolen à 1 Ccm. zu subcutanen Injectionen angepriesen wird und je 0,05 reines nucleinsaures Natrium enthalten soll. Das angeblich reine Präparat enthielt pro Ampulle 2,8 mg. Arsen (!)

Neu-Sidonal, ein Gichtmittel, welches ein inneres Anhydrid der Chinasäure sein soll, erwies sich nur zu $^3/_4$ als Anhydrid, $^1/_4$ war freie Chinasäure.

Kephaldol erwiess sich als Gemisch von Phenacetin, Salicylsäure, Citronsäure und Chinin.

Arhovin, welches auch in den russischen med. Journalen als Harndesinficiens reclamiert wird, soll Thymylbenzolsäure enthalten, doch zeigt Anselmius, dass so eine Säure überhaupt nicht existiert, das Arhovin aber lediglich ein Gemisch aus Thymol, Benzolsäureaethylestin und Diphenylamin darstellt.

Jodofan wird von den Fabrikanten als «Monojoddioxybenzolaldehyd bezeichnet und soll durch Abspaltung von «Jodformol» antiseptisch wirken. Beide Bezeichnungen sind chemisch ebenso unmöglich, wie die im Prospect gedruckte Formel. Derartig werden die practischen Aerzte, die in Formeln lange nicht mehr zu Hause, direct betrogen!

In sehr dankenswerter Weise plaidieren sowohl Harnack wie Thoms für Errichtung von Centralprüfungsstellen für Arzneien und Geheimmittel, um Bevölkerung und Aerzte vor grobem Betrug auf quasi-wissenschaftlicher Basis zu schützen.

Wenn wir noch daran erinnern, wie kürzlich ganze Niederlagen und Fabriken gefälschter Medicamente und Mineralwasser in Odessa und Moskau aufgedeckt wurden, wo es sich um viele Hunderttausende von Rubeln handelte, so ist die Mitteilung des Verf. auch für Russland von hervorragender Wichtigkeit und der Medicinalrat sollte sich energisch dieser Frage annehmen.

Petersen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Richard Liebreich. Die Asymetrie des Gesichtes und ihre Entstehung. Wiesbaden, I. F. Bergmann 1908. S. 1—26.

Durch das Studium einer grossen Anzahl von Schädeln verschiedener Zeiten, von den ältesten bis zu den jüngsten, durch ausgedehnte Beobachtungen am Lebenden gelangt Verfasser im Widerspruch gegen Lombroso, Laurent, Max Nordau und deren Anhänger zum Schluss, dass «die Asymetrie des Gesichtes eine constante, allen Rassen aller Zeiten zukommende Eigentümlichkeit ist, die allerdings dem Grade nach, aber nicht der Natur und der allgemeinen Form nach variiert.» Die Ursache der Asymetrie findet Verfasserin der Lage des Gesichtes und in dem Druck, den dasselbe durch das Becken während der letzten Zeit des Embryonallebens erleidet, wobei bei der ersten Kopflage im allgemeinen eine Verschiebung von links nach rechts — die häufigste Asymetrie —, bei der zweiten Kopflage eine Verschiebung von rechts nach links und bei den unregelmässigen Lagen die dritte Form der unregelmässigen Asymetrie entsteht. Da jedoch der Kopf des Kindes durch den Unterschied der Beckendurchmesser genötigt wird, aus dem durch das Promontorium beengten in den weiteren seitlichen Teil des Beckens auszuweichen und da die Verkürzung der Conjugata durch das Promontorium sowohl wie die Vorwärtsneigung des Beckens durch die mit der Convexität nach vorn gerichtete Krümmung der Lendenwirbelsäule bedingt ist, diese letztere jedoch eine absolute Bedingung für die Haltung, die Bewegungen und den Gang des Menschen ist, so behauptet Liebreich, dass die Asymetrie des Gesichtes eine notwendige Folge und Begleiterin der aufrechten Haltung des Menschen sei. Die von Liebreich aufgestellte Behauptung bedarf natürlich einer weiteren Bestätigung durch ausgedehnte Nachprüfungen und ausgiebige Untersuchungen; von vornherein macht sie jedoch entschieden den Eindruck einer äusserst einseitigen Auffassung; es ist a priori schwer vorauszusetzen, dass der Kopf des Kindes, das zudem von der Amniosflüssigkeit umgeben ist, während der letzten Foetalperiode einem dermassen starken Druck ausgesetzt sei, dass dadurch eine dauernde Asymetrie des Gesichtes gesetzt wird; einen starken Druck mit starken Verschiebungen nicht nur der Weichteile erleidet der Kopf des Kindes natürlich während der Geburt, doch ist es fraglich, ob dieser Druck hinreichend ist, eine dauernde und constante Asymetrie hervorzurufen. Jedenfalls ist jedoch die Schrift von Liebreich von grossem Interesse. Hervorzuheben wäre noch die prachtvolle Ausstattung der Abhandlung und die ausgezeichneten Abbildungen, die ein schönes Zeugnis für die Leistungen des Verlags von J. F. Bergmann ablegen.

V. Schmidt.

Dr. Ernst Hamburger. (Frankfurt a. M.) Eine neue Kreislauf-Theorie und ihre Beziehung zur Pathologie und Therapie. Carl Marhold. Halle a. S. 1908. S. 1—60.

Verf. findet, dass in der ganzen reichen Literatur durchaus der Beweis vermisst wird, dass das Herz nur Druckpumpe sei, dass vielmehr alle Tatsachen darauf hinweisen, dass bei der Blutbewegung der höheren Tiere desgleichen Saugkräfte tätig sind. Ausserdem brachte das Studium der Literatur Verfasser zur Anschauung, dass bei der Blutbewegung nicht nur im Herzen selbst gelegene Kräfte zur Geltung gelangen, sondern dass hierbei auch die Blutgefässe wirksam sind, welche sämtlich (Arterien, Venen, Capillaren) accessorische Herzen sind. «Das Herz hat nicht die Aufgabe, das Blut in Bewegung zu setzen, sondern in Bewegung zu halten. Das tut es, indem es den Druck constant hoch resp. constant niedrig erhält. Die Blutströmung wird durch die Druckdifferenz gewährleistet. Von Wichtigkeit ist dabei der Tonus, d. i. die Spannung, in der die Gefässe durch nervöse und muskulöse Einflüsse gehalten werden. Die Ursache sind mittlere Reize. Sind dieselben zu schwach oder zu stark, so lässt der Tonus nach. Durch die fortwährenden Herzcontractionen und Dilatationen werden solche mittlere Reize ausgelöst, der Tonus innerhalb gewisser Grenzen auf gleicher Höhe erhalten.» Das Studium der Literatur, therapeutische Erfahrungen und vernunftgemässes Denken führen Verfasser zum gleichen Schluss, dass die Lehre vom Kreislauf auf einem folgewichtigen Irrtum beruht und veranlassen ihn, seine neue Kreislauf-Theorie aufzustellen, die jedoch einerseits tatsächlich recht wenig Neues enthält, denn auch Verfasser stützt sich und beruft sich hauptsächlich auf Literaturangaben, andererseits zu mangelhaft durch Tatsachenbefunde begründet ist.

V. Schmidt.

R. Stern: Differentialdiagnose und Verlauf des Morbus Basedowii und seiner unvollkommenen Formen. Leipzig und Wien. Verlag v. F. Deutike 1909. Preis 2 M.

S. kann als Ausgangspunct für seine Untersuchungen 300 Krankengeschichten von Basedow-Patienten zusammenstellen, die teils in dauernder oder ambulatorischer Behandlung an der v. Noorden'schen Klinik in Wien gestanden hatten.

S. unterscheidet die classische Form und die als «Formes frustes» bekannten Krankheitsfälle; beide unterscheiden sich durch Beginn, Verlauf und Prognose. Zur classischen Form zählt Verf. den echten Morbus Basedowii und den degenerativen Morbus B., welcher letztere in einer Complication des echten Morbus B. mit einer hereditär degenerativen Veranlagung begründet ist. Bei der Gruppe «Formes frustes» unterscheidet Verf. das «Kropfherz» und das «Basedowoid», ein Krankheitsbild, das durch eine Verquickung des Kropfherzens mit einer degenerativen neuropathischen Veranlagung characterisiert ist. Eine Besserung des Basedowoids durch Operation ist nicht möglich. Verf. schildert genau all die bekannten Symptome, den Verlauf etc.

Lingen.

J. Veit: Handbuch der Gynäcologie. Dritter Band, zweite Hälfe. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1908.

Dieser Band bildet den Abschluss des von J. Veit herausgegebenen Handbuchs und behandelt das Uteruscarcinom. Winter bespricht die Anatomie des Krebses, die verschiedenen Einteilungsformen, die Art und Weise der Verbreitung auf dem Lymphwege und ins Bindegewebe. Winter hält an der Einteilung in Portio-, Cervix- und Corpuskrebs fest. Eine grosse Reihe vorzüglicher Abbildungen illustrieren die verschiedenartigsten Formen makroskopisch und mikroskopisch. Die Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Radicalbehandlung ist von Koblanck in vorzüglicher Weise bearbeitet worden. Das auf diesem Gebiet in den letzten Jahren gesammelte riesengrosse Material wird besprochen und kritisch beleuchtet. Koblanck bespricht die Technik der abdominalen und vaginalen Operationen und wägt das pro und contra in dem Capitel «Wahl des Operationsverfahrens» ab. Fromme ist die Bearbeitung der Behandlung des inoperablen Carcinoms, Sarwey die der Complication des Uteruskrebses mit Schwangerschaft zugefallen. Den Schluss bildet Veit's Abhandlung über das maligne Chorionepitheliom.

Das umfangreiche Handbuch, dessen drei Bände jeder einzelne für sich in dieser Wochenschrift besprochen worden ist, liegt nun abgeschlossen vor uns. Dieses Werk, an dem die namhaftesten Gynäcologen Deutschlands mitgearbeitet haben, ist für jeden Fachmann von unschätzbarem Wert.

Lingen.

Angina pectoris von L. Peiser, Arzt am deutschen Hospital in New-York. Stuttgart. Enke. 1908. 106 Seiten.

Die kleine Monographie bringt nicht viel Neues, ist jedoch gut geschrieben und wird manchem Collegen willkommen sein. Der Verf. will, wie er selbst im Vorwort sagt, «dem Collegen, der, wie er, inmitten der beruflichen Tätigkeit steht, vorlegen, was bis in die neueste Zeit berufene Männer über diesen Gegenstand dachten; durch Krankengeschichten und Sectionsbefunde leichter verständlich machen, was selber zu sehen jeder in der Praxis leider oft genug Gelegenheit hat».

Das Literaturverzeichnis umfasst 130 Arbeiten.

O. Moritz.

Paul Th. Müller: Technik der serodiagnostischen Methoden. Jena. Fischer. 1908. 55 Seiten.

Verf. hat das Hauptgewicht auf eine genaue Beschreibung der Methodik gelegt. Da die zur Anstellung jeder Reaction nötigen Reagentien und Gerätschaften vollständig aufgezählt werden, ist auch dem Anfänger die Arbeit auf diesem neuen, wichtigen Gebiete erleichtert. Das Inhaltsverzeichnis umfasst folgende Capitel:

A. Technik der Injection und Blutgewinnung.
B. Technik der diagnostischen Methoden.
   1. Präcipitinreactionen (Unterscheidung von Menschen- und Tierblut; Serodiagnostik der Syphilis).
   2. Agglutinationsreactionen.
   3. Bactericide Reactionen.
   4. Verfahren der Complementablenkung.
   5. Phagocytäre Reactionen (Opsonine !).
   6. Nachweis von Antistaphylolysin.
   7. Nachweis von Diphtherietoxin.

Das handliche Büchlein wird voraussichtlich grosse Verbreitung finden.

O. Moritz.

M. Herz (Wien): Die sexuelle psychogene Herzneurose. (Phrenocardie). Wien u. Leipzig. Braumüller. 1909. 63 Seiten. Preis 1 M. 20 Pf.

Vorliegende kleine Schrift verdient durchaus Beachtung. Herz fasst unter dem Namen Phrenocardie die Formen der Herzneurose zusammen, die durch 3 Hauptmerkmale gekennzeichnet sind: durch Schmerzen in der Herzgegend, und zwar fast stets localisiert links ausserhalb der Herzgrenze, oberhalb des Zwerchfells, durch Herzklopfen und durch eine plötzliche, krampfartige Atmungshemmung, die er auf einen tonischen Krampf des Zwerchfells bezieht. Der Symptomencomplex dürfte jedem Practiker bekannt sein. Neu ist jedoch nicht nur die Erklärung dieser als Teilerscheinung allgemeiner Neurose wohlbekannten Affection, sondern vor allem die nahe Beziehung, in die H. die Erkrankung mit gewissen Anomalien des Sexuallebens bringt. Letztere bezeichnet er allgemein als «Sehnsucht nach Liebe» und findet sie häufig bei abnormer Betätigung des Sexualactes, als auch bei psychischer Alteration, hervorgerufen durch den erotischen Trieb, ohne Möglichkeit der Befriedigung. Sexuelle Excesse spielen hierbei anscheinend ätiologisch keine Rolle. Die Therapie gipfelt in der Psychotherapie, nebenbei Valerianapräparate und Hydrotherapie.

O. Moritz.

M. Herz: Die Beeinträchtigung des Herzens durch Raummangel. Wien u. Leizig. Braumüller. 1909. 77 Seiten.

Der Inhalt ergibt sich aus dem Titel. Es ist dem Verf. wohl zuzugeben, dass häufig in der Praxis dem Missverhältnis zwischen dem Herzen und dem demselben zur Verfügung stehenden Raum nicht die genügende Aufmerksamkeit geschenkt wird. Therapeutisch lässt sich dabei leider oft wenig machen, — besonders wo es sich um kranke, vergrösserte Herzen handelt. Verf. betont den Nutzen der Atemübungen und der «Endomassage», einer Art Vibrationsmassage des Zwerchfells, durch einen besonderen Apparat.

O. Moritz.

Zahnarzt Dr. Curt Fritsche: Porzellanfüllungen und deren Imitationen. Verlag von Julius Springer. Berlin. 1908.

Der Verfasser gibt in seiner kleinen Broschüre zuerst eine Uebersicht über die Vorteile und Nachteile der bis jetzt bekannten Materialien und Arbeitsmethoden für die Anfertigung von Plomben aus Amalgam, Gold, Cement, Porcellan und dessen Imitationen. Darnach beschreibt er seine eigenen Versuche mit einer eigenen neuen Füllungsmethode. Derselben liegt die Idee zugrunde mit einem cementähnlichen Porcellankitt den Defect abzuformen, das gewonnene Modell, ohne es zu verändern oder erst einzubetten zu brennen, um dann die auf diese Weise fast mühelos erhaltene, gut passende Porcellaneinlage festzukitten. Die Höhle wird kastenförmig mit scharfen und steil abfallenden Rändern vorbereitet und dann die kittartige Porcellanmasse hineingedrückt und dann modelliert. Der Porcellankitt ist eine aus weissem Feldspat gewonnene Masse, die in Wasser angerührt und in Weissglutbitze gebracht zu Porcellan gebrannt wird. Nachher muss noch die Glasur aufgebrannt werden. Die Einzelheiten der Ausführung der neuen Porcellananfüllungen sind im Original einzusehn. Aus den beschriebenen Fällen geht hervor, dass die neue Methode vor den schon bekannten viele Vorzüge hat und deshalb zur Nachprüfung empfohlen werden kann. Sollte sich das neue Verfahren bewähren, so würde sich damit eine wesentliche Vereinfachung und Vervollkommnung der Herstellung von Porcellanfüllungen ergeben.

H. B.

R. Chrobak und A. v. Rosthorn. Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. II. Teil. Mit 90 Abbildungen und Tafeln. Bd. XX. der speciellen Pathologie und Therapie herausgegeben von Prof. Dr. H. Nothnagel. Wien und Leipzig. Alfred Hölder. 1908.

Der vorliegende Band bildet die 120. Lieferung der bekannten speciellen Pathologie und Therapie von Nothnagel und enthält den II. Teil der Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane von Chrobak und Rosthorn. Der erste Teil erschien bereits 1900, so dass der vorliegende Band etwas spät die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane zum Abschluss bringt. Er enthält die Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Bei der Darstellung des abgehandelten Stoffes sind die Verf. den im I. Teil angeführten Grundsätzen gefolgt, indem sie die Krankheitsbilder nach ätiologischen Gesichtspuncten beschreiben. Die Anschauungen über die Genese der häufigeren Formen von Bildungsanomalien sind aber bekanntlich noch recht mannigfaltig, auch können sich sogar die verschiedenen ursächlichen Momente mit einander combinieren. Darauf wird mit Recht von den Verf. hingewiesen. Andeutungen von Anomalien der Geschlechtsorgane finden sich bei sorgfältiger Untersuchung der Frau geradezu häufig. Sellheim konnte bereits schärfer ausgeprägte Defecte, welche das klinische Bild des Infantilismus und Foetalismus liefern, in 5% der Fälle der Freiburger Klinik nachweisen. Die Häufigkeit des Vorkommens von Missbildungen am weiblichen Genitale wird von v. Winckel mit 2% berechnet. Das Studium derselben hat also nicht nur theoretisches, sondern auch practisches Interesse; dasselbe wird durch die übersichtliche, klare und kurze Darstellung von Chrobak und Rosthorn wesentlich gefördert. Jedenfalls fehlte bis jetzt eine derartige Bearbeitung des Stoffes in der deutschen gynäcologischen Literatur.

Die Ausstattung des Buches und die Abbildungen lassen gleichfalls nichts zu wünschen übrig.

W. Beckmann.

Dr. Otto Grosser. Vergleichende Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Eihäute und der Placenta mit besonderer Berücksichtigung des Menschen. Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller 1909. S. 1—XI, 1—314. Taf. I—VI und 210 Abbildungen im Text. Preis 10 Mk.

«Eine zusammenhängende Darstellung der Entwickelung der Eihäute und der Placentation speciell für den Menschen unter Berücksichtigung der Frühstadien der Eihautentwickelung existiert bisher nicht.» Mit diesen Worten leitet Verf. das Vorwort zu seinem Werke ein, durch welches jedoch diese grosse Lücke in der anatomischen Literatur voll ausgefüllt wird. Mit seinem Lehrbuch erleichtert Verf. nicht nur den Studierenden das Studium der schwierigen Verhältnisse der Eihautbildung und der Placentation, sondern bereichert auch dank der zusammenhängenden Darstellung dieser Verhältnisse von entwickelungsgeschichtlichen und vergleichend-anatomischen Gesichtspuncten die Literatur durch ein Werk, welches auch Aerzten und Fachgelehrten sicherlich höchst erwünscht ist, da ein solches häufig vermisst wurde. Klar und sachlich geschrieben, mit einer fast vollständigen Literatur der letzten 5 Jahre versehen, ermöglicht das Lehrbuch eine rasche und treffliche Orientierung und wird gewiss recht vielen, die sich für die Fragen der Placentation interessieren oder selber anatomisch und experimentell über Placentation arbeiten ein willkommener Führer sein. Das Lehrbuch enthält eine grosse Anzahl instructiver, zum grossen Teil Originalabbildungen, welche ausgezeichnet wiedergegeben den Wert des Lehrbuches in hohem Grade erhöhen. Die ganze Ausstattung des Werkes ist sehr gut, der Druck klar und sorgfältig, in Folge dessen auch der Preis von 10 Mk. eher gering als hoch zu bezeichnen ist. Es ist dem Verf. durchaus zu wünschen, dass sein Werk, worauf er viel Mühe und Sorgfalt verwandt hat, auch die gebührende Anerkennung finde.

V. Schmidt.

A. Rauber, Ontogenese als Regeneration betrachtet Mit 9 Textfiguren. S. 1—66. G. Thieme. Leipzig. 1908. Mk. 1.80.

Vor uns liegt eine neue an anregenden Gedanken reiche, zum Nachdenken und Nachforschen auffordernde Schrift des Dorpater Anatomen. Der Grundgedanke der Abhandlung gipfelt in folgenden Sätzen des Vorworts: «Manche Fragen der Regeneration sind noch ungelöst; ungelöst ist auch die Frage nach dem Wesen der Ontogenese. Das die beiderlei Erscheinungen umgebende Dunkel aber lichtet sich, wenn beide unter einheitlichem Gesichtspunct betrachtet werden. Beide Erscheinungen entstammen, wie sich zeigen lässt, der gleichen Wurzel. Ontogenese ist natürliche, besser, eine der natürlichen oder normalen Formen der Regeneration, genetische Regeneration. Wiederherstellung nach künstlich gesetzten Substanzverlusten aber ist artificielle Regeneration. Beide Formen der Regeneration aber arbeiten mit einem Minuszeichen mit Verlustkörpern, mit Restgebilden. Auch das Ei und der Samen sind Restgebilde, denn sie haben während ihrer Entwicklung je einen Körper und viele ihresgleichen verloren . . . Beide Gebilde imponieren uns nicht mehr durch die deutlichen Zeichen einer ungeheuren Verarmung.» Diese Grundgedanken seiner Minus-Theorie sucht nun Verf. durch Betrachtungen der Fortpflanzung einer Amöbe (Amoeba polypodia), des Verhältnisses der Theorie zur Sporenbildung, zur Parthenogenesis, zur geschlechtlichen Fortpflanzung und zur Regeneration zu bekräftigen. Fernerhin bespricht Verf. eine Reihe der positivistischen oder Plus-Theorien der Ontogenese von A. Weismann, O. Hertwig, Th. Boveri, R. Fick, R. Semon, I. Löb, K. Detto und gelangt in der Zusammenfassung, nachdem er noch die Frage nach dem Verhalten der «Minus-Theorie» zu den bekannten Theorien der Präformation und der Epigenese aufgeworfen hat, zum Schluss. «Beide Theorien, die der Präformation und der

Epigenese sind nunmehr, richtiger als überwundene Standpuncte zu betrachten und durch die Theorie der ontogonetischen Regeneration zu ersetzen.» Die Abhandlung von Rauber gehört jedenfalls in die Kategorie derjenigen, welche nach dem Durchlesen derselben nicht stillschweigend als abgetan zur Seite gelegt werden können; jeder, der diese Schrift ein Mal gelesen, wird sie mehr wie einmal wieder in die Hand nehmen. Die Lectüre dieser Schrift, die entschieden ein grosses allgemeines Interesse besitzt, mag hiermit nicht nur Fachgelehrten und Biologen, sondern auch allen Aerzten warm empfohlen sein.

V. Schmidt.

Prof. Dr. G. Anton (Halle). Vier Vorträge über Entwicklungsstörungen beim Kinde. Verlag von S. Karger. Berlin 1908. Preis M. 1.80.

In überaus interessanter, fesselnder Form, mit übersichtlicher Literaturangabe am Schlusse der Vorträge, hat Prof. Anton es verstanden das sowohl für Kinderärzte als auch Nervenärzte wichtige, aber complicierte Gebiet der psychischen Entwicklungsstörungen zu behandeln.

Die drei ersten Vorträge sind für den Mediciner bestimmt, während der IV. Vortrag «Was tun mit den zurückgebliebenen und entarteten Kindern?» mehr populär gehalten ist.

Im I. Vortrag über «die Formen und Ursachen des körperlichen Infantilismus» lernen wir in übersichtlicher Weise die Menge der Theorien kennen, welche in ätiologischer Beziehung für die einzelnen Formen des Infantilismus herangezogen werden, und ist in den letzten Jahren hier Grosses durch die einzelnen Forscher geleistet worden. In einer schematischen Tabelle führt uns Verf. die einzelnen Formen des Infantilismus vor. Im II. Vortrag kommt eine wissenschaftliche Beleuchtung der Frage über den «geistigen Infantilismus» zur Abhandlung und im III. Vortrag erfahren wir «über Nerven- und Geisteskrankheiten in der Zeit der Geschlechtsreife».

Was aber mit Dank zu begrüssen ist, das ist das den Vorträgen beigefügte Verzeichnis der Anstalten für Imbecille und Idioten in Deutschland, Oesterreich und Schweiz, in welchem jedem Arzte, der mal ein Unterbringen derartiger Kranken in irgend eine Anstalt bewerkstelligen müsste, dadurch die Möglichkeit geboten ist, ein passendes Asyl herauszufinden.

Hecker.

Prof. Norbert Ortner. Ueber klinische Prognose. Wien und Leipzig. Verlag von Wilhelm Braumüller. 1908.

In seiner Antrittsvorlesung bei der Uebernahme der medicinischen Klinik in Innsbruck hat Ortner es klarzulegen versucht, eine wie hervorragende Stelle der Prognostik zukomme neben der klinischen Diagnose und Therapie und hat nun das gesamte Thema seiner für den practischen Arzt bestimmten Abhandlung zugrunde gelegt.

In jedem einzelnen Krankheitsfalle nämlich sei es Aufgabe der Prognose sich mit der Frage der Heilbarkeit, resp. Unheilbarkeit des gegebenen Leidens zu befassen, in letzterem Falle die eventuelle Dauer und Verlaufsart des Leidens zu bestimmen. Bei einer heilbaren Erkrankung wird wiederum die prognostische Aussage dadurch Klärung und Festigung erfahren können, dass wir unterscheiden, ob die gegebene Erkrankung mit oder ohne Complication besteht. Zuweilen wird die Prognostik plötzlich zu erwartende Zufälle zu erkennen haben, wie den Eintritt der Krise bei Pneumonie, den einer Blutung bei Typhus abdominalis, das Herannahen des Coma diabeticum und dgl. mehr.

Und gerade in den letzten Jahren sind die medicinischen Disciplinen, wie die Blutuntersuchungen, die Bacteriologie, sowie die Harnuntersuchung zu einer grossen Vollendung ausgearbeitet worden, und dadurch geeignet, in so mancher Beziehung bei der Prognosestellung dem Kliniker zu Hilfe zu kommen.

Durch diverse Streifzüge in die verschiedensten Krankengebiete bringt Verf. für den Practiker in seinem Büchlein viel Interessantes und Belehrendes, und diese Abhandlung kann von uns jedem Arzte nur aufs Wärmste empfohlen werden.

Hecker.

D. C. Baron (Dresden). 25 Merkblätter für die Pflege und Behandlung von Kindern in gesunden und kranken Tagen. Zur Mitgabe an die Mütter und Pflegerinnen bestimmt. Leipzig. Benno Konegen. 1908. Preis 1,60 Mk.

Vom Wunsche ausgehend, dem Arzte einerseits bei der Ordination in der Sprechstunde oder am Krankenbette Zeit zu sparen, andererseits aber etwaigen Missverständnissen seitens des Pflegepersonals vorzubeugen, hat Verf. auf seinen Merkblättern die gangbarsten Vorschriften allgemeiner Natur verzeichnet, welche zum Teil bei der Pflege der am häufigsten vorkommenden Krankheiten von dem Pflegepersonal ausgeführt werden müssten, dann aber bei gesunden Kindern in Bezug auf natürliche, künstliche Ernährung, Abhärtung, Impfung und Zahnpflege erforderlich zu sein pflegen.

Der vorliegende Block — die einzelnen Merkblätter sind zum Abreissen und Mitgeben bestimmt — enthält jede Vorschrift in 5 Exemplaren, doch ist vom Verlage auch jedes Merkblatt in Blocks zu 40 Stück zu ermässigtem Preise zu beziehen.

Wie erwähnt, sind die Vorschriften ganz allgemein gehalten, damit nicht die Pflegerinnen eventuell selbständig curieren könnten und vom Verf. ist auf die einzelnen Symptome jedes Mal hingewiesen worden, welche ein Herbeirufen des Arztes notwendig machen könnten.

Es scheint uns, dass in einem grossen Ambulatorium derartiges Mitgeben von gedruckten Vorschriften wesentlich das Arbeiten erleichtern könnte, und sollte der einzelne Arzt auch nicht mit allem in dem einzelnen Merkblatt vorhandenen einverstanden sein, so hat Verf. überall Raum gelassen, um etwaige Ergänzungen hinzuzufügen.

Hecker.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 6. Mai 1908.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

Giese demonstriert einen Patienten, der durch Exstirpation von einem Rückenmarkstumor geheilt wurde.

Discussion:

Bary. Die neuere Neurologie gibt uns durch verfeinerte Diagnostik eine viel ausgedehntere Heilungsmöglichkeit, wie in früheren Zeiten; das beweist der Fall Giese. Besonders wichtig war es bei der Diagnose zu entscheiden, ob der Tumor intra oder extramedullär lag.

Michelson. An der Hand der früheren Diagnosen in dem Falle Giese musste ein Tumor erwartet werden. Der Fall beweist, wie wichtig die Rolle des Neurologen in der Localisationsfrage ist. Nach Oppenheim wird durch rechtzeitige genaue Localisation eine Heilungsmöglichkeit von 50% gewährleistet. Allerdings gelingt es dennoch nicht immer, die richtige Diagnose zu stellen.

Feldt fragt, wie die Deckung des Duradefectes zu denken sei, ob nicht eine Narbenstenose drohe.

Blessig fragt, woher eine Compression der Wurzeln angenommen wurde und nicht ein Tumor in der Medulla selbst.

Giese. Compression der Wurzeln wurde auf Grund der Ulnarseitenlähmung und der Schmerzen angenommen. Ob eine Narbenschrumpfung eintreten werde, wird erst die Zeit lehren.

Johannson, berichtet über einen Fall von Chlorom (Erscheint im Druck).

Discussion:

Westphalen fragt, ob schon die erste Blutung als Ausdruck der Erkrankung aufzufassen sei oder ob sich die Leucämie erst im Anschluss an dieselbe entwickelt habe. Man zähle nämlich die Leucämie auch zu den septischen Erkrankungen.

I. Johannson: Blutungen waren schon früher vorgekommen, die Aetiologie war aber dunkel geblieben.

Moritz: Die Leucämischen sind besonders empfindlich gegen Infectionen wohl aus Mangel an Schutzstoffen. Aehnlich wird es sich wohl auch in diesem Falle verhalten haben, wo das ganze Bild sich im Anschluss an eine Zahnextraction entwickelte. Zwischen den acuten und chronischen Formen bestehen Uebergänge. Im vorliegenden Fall ist das Fehlen von Leucomen interessant. Es handelt sich in ähnlichen Fällen um Anfangsstadien, die tötlich ablaufen bevor sich die Leucome entwickeln.

Bary fragt, wie der Befund von Streptococcen und Diphtheriebacillen aufzufassen sei, ob etwa als secundäre Infection?

Johannson hält sie für einen zufälligen Befund.

II. Siebert berichtet über einen Fall von Neoplasma der Nasenhöhle (Soll im Druck erscheinen).

Discussion:

Wanach: Das Präparat ist für ein Osteom ziemlich ungewöhnlich. Man könnte annehmen, dass es sich um ein verkalktes Endotheliom handle, doch sind diese nicht so schön regelmässig. Es ist nach dem Präparat nicht zu sagen, von wo die Neubildung ausging. Würde ein bösartiger Tumor erwartet, so müsste ein breiter Zugang geschaffen werden durch temporäre Resection des Oberkörpers nach Kocher.

Sitzung am 16. September 1908.

Vorsitzender: Blessig. Secretär (stellvertret.) O. Moritz.

1. A. Feldt. Ueber ein Angiofibrom der Nase. (Demonstration).

Discussion:

Neumann fragt, auf welche Weise die genaue Lokalisierung möglich war, da bei der Grösse des Tumors die Ausgangsstelle wohl schwierig festzustellen gewesen sein muss. Ferner fragt N. ob nicht starke Blutungen stattgefunden haben

Feldt. Bei der Operation gelang nach Cocainisierung der Nachweis des Ursprungs des Stiles an der mittleren Muschel. Während der galvanocaustischen Behandlung wurde der Stil dünner durch Obliteration vieler Gefässe. Die Blutung war jedes Mal sehr stark. Malignität des Tumors war auszuschliessen, erstens wegen des langen Verlaufs, zweitens weil kein Uebergreifen auf die Nachbarschaft stattgefunden hatte.

2. Lingen. Ueber Hyperemesis gravidarum. (In Nr. 44 der St. P. med. Woch. erschienen).

Discussion:

Dobbert: Die reflectorische und die nervöse Form der Hyperemesis gravidarum sind streng von der schweren «echten» H. g. zu scheiden. Während erstere keine Lebensgefahr für die Pat. bedeuten, ist die echte, die stets auf einer Intoxication beruht, eine sehr schwere Krankheit, die zum Exitus führt, falls der Abort nicht rechtzeitig eingeleitet wird. Man dürfte also nicht alle 3 Formen mit dem einen Namen, der nur ein Symptom, das Erbrechen, hervorhebt, bezeichnen. Was die diagnostische Bedeutung der Leberfunctionsprüfung betrifft, so ist sie schon deswegen wertlos, weil bei ihrem positiven Ausfall, wenn die Leber nicht mehr functioniert, — auch der Abort zu spät kommt.

Beckmann Weist auf die Fehlerquellen bei der Diagnose der Hyperemesis hin. So ist es mitunter recht schwer Magenaffectionen von Hyperemesis zu unterscheiden, und mancher Fall von Hyperemesis hat sich auf dem Sectionstisch als Magencarcinom erwiesen. Aetiologisch sind Hyperemesis, Eclampsie und ac. gelbe Leberatrophie Symptomencomplexe, die auf Autointoxication beruhen. Die hysterische Form der Hyperemesis endet selten letal, und wäre es interessant zu erfahren ob Vortragender unter seinen Fällen Todesfälle beobachtet hat. Die eigentliche (toxische) Form der Hyperemesis ist sehr selten und verläuft dazwischen trotz artificieller Unterbrechung der Schwangerschaft tötlich.

Schmitz fragt, in welchem Zusammenhang Dobbert die Hyperem. gr. mit Eclampsie in Relation gesetzt hat.

Dobbert: Nur insofern, als beides nur Bezeichnungen eines Symptoms sind, hier des Erbrechens, dort der Krämpfe, während der zugrundeliegende Process eine schwere Intoxication des Organismus ist.

Küttner: Zweifel hat betont, dass unter anderem die fortwährende Controlle des Körpergewichtes nötig sei, um den Moment des Eingreifens nicht zu vergessen.

Lingen: Dem heutigen Vortrag liegt ein Material von 80 schweren Fällen von Hyperem. gr. zu Grunde. Die leichten Fälle hat L. nicht berücksichtigt. Es sind jedoch eine grössere Zahl dieser Fälle zu der Categorie der «hysterischen» zu rechnen. Von diesen Pat. ist keine gestorben. Obschon es richtig ist, dass Hyp. grav. nur ein Symptomencomplex ist, ist L. doch der Meinung, dass wir bisher diesen Allgemeinbegriff practisch nicht gut entbehren können.

Auszug aus den Protocollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 14. März 1908.

Vorsitzender: Meyer. Schriftführer: Russow.

1) Herr Meyer berichtet über einen Befund, den er bei Untersuchung von Frauen sehr häufig erhoben hat, nämlich die Bildung kleiner, beweglicher, ziemlich harter Tumoren über der Fascie, entsprechend den seitlichen Ecken der Michaelisschen Raute. Die auf Meyers Veranlassung im hiesigen anatomischen Institut an einigen Leichen angestellten Untersuchungen führten zu keinem Resultat. Kürzlich gelang es dem Vortragenden bei einer Patientin, welche derartige Gebilde aufwies und denselben ihre steten Kreuzschmerzen zuschrieb, auf einer Seite den fraglichen Körper zu exstirpieren. Die kleinen Tumoren bestanden aus Fettträubchen mit derber entwickelten bindegewebigen Septen. Die mikroskopische Untersuchung ergab nicht das Vorhandensein von Bacterien. Der Vortragende erinnert an eine Mitteilung Josephsons, welcher mehr oder weniger grobknotige, häufig schmerzhafte Fettträubchen im Panniculus adiposus mancher Individuen, namentlich Frauen beschreibt. Josephson führt diese Bildungen auf Reizzustände seitens eingewanderter Bacterien zurück und beschuldigt auch Schnupfen und Endometritis als Ursachen dieser Zustände. Meyer hält diese Aetiologie doch für sehr schwer beweisbar, überhaupt für unwahrscheinlich, er begnügt sich mit der Constatierung dieser Verhältnisse und möchte sich näherer Erklärungsversuche enthalten.

An der Discussion beteiligen sich Lackschewitz, Swirsky, Russow, Meyer.

2) Meyer demonstriert zwei Präparate von kürzlich exstirpierten Extrauterinschwangerschaften und erläutert die verschiedenen Theorien über die Entstehung solcher Graviditäten. In dem einen Fall, wo das Corpus luteum sich auf der rechten Seite befand, während die Tubenschwangerschaft links entwickelt war, könnte man eine vorhergegangene Appendicitis mit einigen Adhäsionen beschuldigen, den Eintritt des Eies in die gleichseitige Tube verhindert zu haben. Es würde also dieser Fall für die Kussmaulsche Theorie sprechen, welcher annimmt, dass das auf dem weiten Wege durch die Bauchhöhle zu gross gewachsene Ei nicht mehr hat in den Uterus gelangen können.

Das zweite Präparat, bei welchem Corpus luteum und Tubengravidität auf derselben Seite lagen, waren ebenfalls adhäsive Processe, vom Appendix ausgehend, vorhanden. Von diagnostischem Interesse ist es, dass in beiden Fällen der Bluterguss nicht wie gewöhnlich im Douglasschen Raum, sondern vorn und seitlich vom Uterus localisiert war.

In der Discussion wurden die verschiedenen Theorien behandelt, welche ein Ueberwandern des Eies der einen Seite zur Tube der anderen Seite zu erklären suchen; speciell wurde die Schwierigkeit hervorgehoben, eine befriedigende Erklärung für die Kräfte zu finden, welche das Ei auf dem relativ weiten Wege durch die Bauchhöhle vorwärts bringen

An der Discussion beteiligen sich Dehio, Anderson, Russow, Meyer.

3) Herr Masing hält seinen angekündigten Vortrag: Zur embryonalen Blutbildung (mit mikroskopischen Demonstrationen).

Der Vortragende macht aufmerksam auf die principiellen Unterschiede in der Vermehrung der Zellen des Körpergewebes einerseits und der Blutzellen und Geschlechtszellen andererseits. Bei den ersteren, z. B. den Leberzellen, wird der Zellersatz gebildet durch Teilung der reifen, fertigen Zellen. Beim Blute und den Geschlechtszellen (sowohl Ei wie Spermatozoen) beobachten wir diesen Vorgang niemals. Hier sind nur die Jugendstadien vermehrungs- d. h. teilungsfähig.

Wenn bei Anaemien, einerlei welchen Ursprungs, grössere Anforderungen an die Blutbildung gestellt werden, so sieht man sofort eine lebhafte Proliferation der jungen Elemente. Von verschiedenen Forschern ist auf die Analogie des Verhaltens der Blutbildungsstätten bei der perniciösen Anämie mit dem Wachstum bösartiger Tumoren aufmerksam gemacht worden. Von einigen neueren Autoren ist sogar direct die perniciöse Anaemie und die Leukämie als maligne, diffuse, tumorartige Proliferation bezeichnet worden. Hierbei sind als Belege herangezogen worden nicht nur die Vermehrung in Form von jugendlichen Zellen, sondern auch die Erscheinungen wie Schwund der Knochensubstanz bei der Wucherung des Knochenmarkes, Metastasenbildung z. B. der Markelemente in Milz, Leber und Nieren, der unaufhaltsam weitergehende Zerstörungsprocess des Lebens des Gesamtorganismus. Auch das Verhalten gegenüber der Wirkung von Röntgenstrahlen ist angeführt worden.

Der Vortragende macht demgegenüber geltend: Das Wachstum der Markelemente ist nie so schrankenlos wie das der malignen Tumoren, die Metastasenbildung im Fettmark der Knochen, in Milz und Leber ist vielleicht nur ein Wiederauftreten von Blutbildungsherden an Stellen, wo solche schon im embryonalen Leben vorhanden waren und, was das Wichtigste ist, wir sehen, dass Anaemien, welche alle Kriterien der perniciösen Anaemie aufwiesen, wieder vollkommen zurückgehen können, wir sehen in solchen Fällen auch, dass sich die unter dem Andrang der Markbildung geschwundene Knochensubstanz schnell wiederbildet. Der Vortragende macht hierbei aufmerksam auf die ungeheure Schnelligkeit mit der die Blutkörperchen schon normaliter neu gebildet werden wegen ihrer kurzen Lebensdauer (etwa 5000 pro mm^3 und Tag).

Zur Discussion sprachen Hollmann, Swirsky, Russow, Masing.

4) Herr Russow spricht über Negrische Tollwutkörperchen und demonstriert hierzugehörige Präparate.

5) Herr Masing demonstriert mittels eines Projectionsapparates mikroskopische Schnitte von verschiedenen Embryonen.

Protocoll der IX. Jahresgeneralversammlung der Livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe am 31. August 1908 im Saale der St. Johannisgilde in Riga.

(Schluss.)

Dr. von Engelhardt ist dafür, dass zuerst die principielle Frage erledigt werde, ob eine Fusion stattfinden solle.

Der Präses plaidiert dafür zunächst den Antrag sub a) zu erledigen, da auch bei der Frage nach der etwaigen Fusion es wünschenswert erscheine, dass für die Beratungen der, aus den drei Provinzen behufs Ausarbeitung des Statutes des projectierten «Baltischen Rechtsschutzvereins» zu erwählenden, Commission die Stadt Riga als Versammlungsort bestimmt werde.

Dr. von zur Mühlen befürwortet gleichfalls die Ueberführung der Verwaltung nach Riga, da die Mehrzahl der Aerzte in Riga lebe oder doch häufig in Riga sei, wie z. B. die Aerzte, die auf dem flachen Lande leben.

Die Versammlung schreitet zur Abstimmung und wird der Antrag des Vorstandes, die Vereinsverwaltung nach Riga überzuführen angenommen.

Zu dem zweiten in der Tagesordnung sub Punct 5 b) gestellten Antrag übergehend, legt der Präses die Gesichtspuncte dar, welche es dem Vorstande wünschenswert erscheinen lassen, eine Verschmelzung der in unseren Provinzen bisher bestehenden Filialen des «St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe» zu einem gemeinsamen «Baltischen ärztlichen Rechtsschutz- und Hilfsverein» herbeizuführen, welcher ausser einer Centrale in Riga auch Filialen in den grösseren Städten der drei Provinzen haben müsste. Präses eröffnet die Discussion, indem er den Delegierten aus Estland, Herrn Dr. med. Thomson ersucht, zunächst die Versammlung über die principielle Stellungnahme des Revaler Aerztereins zu dieser Frage orientieren zu wollen.

Dr. Thomson-Reval teilt mit, dass die Idee einer Fusion der Vereine zu einem gemeinsamen Rechtsschutzverbande von Seiten der Collegen in Estland volle Sympathie finde.

Dr. Gilbert-Riga bringt zur Kenntniss, dass die Präsides der Rigaschen ärztlichen Vereine schon früher ihre Meinungen ausgetauscht und ihre Sympathie für eine solche Vereinigung ausgedrückt haben.

Dr. v. Engelhardt-Riga äussert sich gleichfalls dahin, dass principiell eine solche Vereinigung als durchaus wünschenswert anzusehen sei.

Da sich Niemand weiter zum Wort meldet, wird zur Abstimmung geschritten. Der Antrag des Vorstandes wird von der Versammlung im Princip einstimmig genehmigt.

Für den aus der Sitzung abgerufenen Schriftführer, Herrn Dr. Weidenbaum, übernimmt Herr Dr. von Knorre temporär die Functionen des Protocollführers.

Der Präses proponiert, zunächst eine aus Repräsentanten der drei Provinzen bestehende 3gliedrige Commission zu wählen, welche ausgestattet mit dem Rechte der Cooptation, die Aufgabe hätte, das Project der Fusion zu beraten, ein Statut des neuzubegründenden «Baltischen ärztlichen Rechtsschutz und Hilfsvereins» auszuarbeiten und der nächsten Generalversammlung unseres und des Revaler Vereins diese Statuten zur Discussion und Beschlussfassung zu unterbreiten. Diese Proposition wird angenommen.

Auf Antrag des Präses wird Herr Dr. Thomson gebeten, den Revaler Rechtsschutzverein zu ersuchen, für Estland einen Vertreter in jene 3gliedrige Commission zu erwählen. Die Wahl eines Commissionsgliedes als Vertreter der Aerzte Kurlands gestalte sich practisch insofern weit schwieriger, als diese im Verzicht auf einen eigenen Rechtsschutzverband sich dem Livländischen Rechtsschutzverein schon angeschlossen hatten. Da es nun durchaus wünschenswert erscheine, so führte Präses weiter aus, dass jene Commission baldmöglichst in Function trete, da ferner bei den zahlreich in Kurland bestehenden wissenschaftlichen Aerztegesellschaften eine für jenen Zweck in diesen einheitlich vorgenommene Wahl verhältnismässig sehr viel Zeit in Anspruch nehmen würde, da endlich dem für Kurland gewählten Commissionsgliede laut stattgehabtem Beschluss das Recht über Cooptation auch anderer in der Schwesterprovinz lebender Aerzte zusteht, so schlage Präses vor, als Vertreter Kurlands in die Commission Herrn Dr. med. Otto, Präses der Gesellschaft Mitauer Aerzte, vieljähriges Mitglied und bisherigen Vertrauensmann des Liv- und Kurländischen Rechtsschutsvereins und endlich als drittes Commissionsglied den gegenwärtigen Präses der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga, Herrn Dr. med. E. Sokolowski zu wählen.

Die von der Versammlung vollzogenen Wahlen ergaben:

als Vertreter Kurlands: Herrn Dr. med. Otto-Mitau.

als Vertreter Livlands: Herr Dr. med. E. Sokolowski-Riga.

Punct 6) Wahlen des Vorstandes, des Ehrengerichts und der Revisionscommission.

Nachdem Präses die auf die Wahlen Bezug nehmenden §§ der Statuten durch Verlesung in Erinnerung gebracht, gelangten folgende in Riga wohnhaften Aerzte in Vorschlag:

A. als Kandidaten für den Vorstand:

die Herren Doktoren: A. von Bergmann, J. Bernsdorff, J. Dietrich, G. von Engelmann, R. von Engelhardt, O. Groth, A. Keilmann, A. von zur Mühlen, Ed. Shwarz, E. Sokolowski, O. Stender und G. Weidenbaum

Als gewählt gingen aus den Wahlen hervor:

1) als Glieder des Vorstandes:

Dr. med. E. Sokolowski (Altonaer Strasse 6).
Dr. med. J. Bernsdorff (Alexanderstasse 101).
Dr. med. R. von Engelhardt (Andreasstrasse [illegible]
Dr. med. O. Stender (Nikolaistrasse 11).
Dr. med. J. Dietrich (Todlebenboulevard 10).

2) als deren Ersatzkandidaten: Dr. med. G. v. Engelmann, Dr. med. A. v. Bergmann, Dr. med. G. Weidenbaum, Dr. med. A. v. zur-Mühlen, Dr. med. Groth.

B. als Kandidaten für das Ehrengericht:

die Herren Doktoren: A. von Bergmann, J. Bernsdorff, L. Bornhaupt, J. Dietrich, G. von Engelmann, R. von Engelhardt, O. Groth, P. Hampeln, A. Keilmann, G. von Knorre, H. von Kruedener. A. von zur Mühlen, M. Schmidt, E. Sokolowski, O. Stender und N. von Stryk.

Als gewählt gingen aus den Wahlen hervor:

1) als Ehrenrichter:

Dr. med. E. Sokolowski.
Dr. med. O. Stender.
Dr. med. H. von Kruedener.

2) als deren Ersatzkandidaten: Dr. med. R. von Engelhardt und Dr. med. J. Bernsdorff.

C. In die Revisionscommission wurden gewählt:

die Herren Doktoren: A. von zur-Mühlen, A. Keilmann und M. Schmidt.

Nach Schluss der Wahlen teilte Dr. Truhart mit, dass er der Versammlung noch eine Interpellation vorzulegen habe, welche nicht in die gedruckte Tagesordnung habe Aufnahme finden können, da sie dem Vorstande überhaupt nicht vorgelegen habe und auf der ersten in Dorpat anberaumten Jahres-Generalversammlung nicht vorgebracht worden, sondern ihm aus Dorpat nachträglich nach Riga brieflich nachgesandt, erst gestern zur Kenntnis gelangt sei. Trotz dieser formalen Verabsäumung dürfe er, als Präses, diese Interpellation um so weniger der heutigen Generalversammlung vorenthalten, da sie eine Klage gegen den bisherigen Vereinsvorstand in sich schliesst. Aus letzterem Grunde, m. H., aber sehe ich mich veranlasst, Sie um die Wahl eines stellvertretenden Leiters der Verhandlung zu ersuchen, und Herr Dr. Lezius und ich, werden als die hier gegenwärtig anwesenden Glieder des derzeitigen Vorstandes den Sitzungssaal verlassen, sobald die Versammlung zur Beratung und Beschlussfassung in dieser Sache schreitet.

Auf Vorschlag des Herrn Dr. von Knorre wird Dr. E. Sokolowski mit der Leitung in beregter Angelegenheit betraut. Es wird dann die umfangreiche, von den Dorpater Herren Doktoren R. Otto und Th. Lackschewitz unterzeichnete Interpellation verlesen. Nach stattgehabter Discussion gelangt die Versammlung — in Abwesenheit der beiden Vorstandsglieder — zur Resolution:

«in Anbetracht der Schwierigkeit des ganzen Falles, in Anbetracht des vollständigen Mangels an Informiertheit des Präses Sokolowski sowohl als auch der ganzen Versammlung über die in Frage kommende Angelegenheit das ihr von den Drs. Lackschewitz und Otto übergebene Material dem neugewählten Präsidium des Rechtsschutzvereins zur Durcharbeitung und erforderlichen Falles zur Erhebung einer Anklage gegen den Beklagten zu überweisen».

Nachdem Dr. Truhart die Leitung der Versammlung wieder übernommen, erinnert er daran, dass laut Beschluss der V. Jahres-Generalversammlung vom 14. August 1904 und in Grundlage des «Nachtrages» zu den Statuten Punct 2 unser Verein die Verpflichtung übernommen hat, jährlich in die Unterstützungscasse für Witwen und Waisen «nicht weniger als 50 Procent» seines Reingewinnes abzuführen. Da im verflossenen Geschäftsjahre die Reineinnahme 817 Rbl. betragen hat, so wären der Unterstützungscasse mindestens [illegible] Rbl. zu überweisen. Auch bei geringerem Reingewinn hätte unser Verein bisher nie weniger als 500 Rbl. pro anno [illegible]

diesem Zwecke verwandt, er beantrage daher auch in diesem Jahre den Beitrag auf der gleichen, genannten Höhe zu belassen.

Die Versammlung genehmigt diesen Antrag, und Herr Kassaführer Dr. Lezius bemerkt, dass er diese bewilligten fünf hundert Rubel in Form eines Scheines der 5% inneren Anleihe im Nominalwert von 500 Rbl. dem Curatorium der Unterstützungscasse übergeben werde.

Dr. R. von Engelhardt proponiert, die Versammlung möge dem bisherigen Vereinsvorstande für die tadellose Leitung und Geschäftsführung den Dank votieren.

Der Präses Dr. Truhart spricht im Namen des Gesamtvorstandes den Dank für die votierte Anerkennung aus und schliesst, da weiter keine Anträge vorliegen, die Generalversammlung.

Präses: Dr. med. H. Truhart.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

— St. Petersburg. Es besteht das Project, den Witwen und Waisen derjenigen Civil- und Militärärzte, die sich bei der Ausübung ihres Berufes mit Typhus, Cholera, Pest, Diphtheritis, Milzbrand, Septicaemie, Pyaemie und anderen acuten Infectionskrankheiten inficiert haben und daran gestorben sind, Pensionsberechtigung zuzusprechen, wie sie früher nur für die Witwen und Waisen der im Kriege gefallenen Aerzte und derjenigen, welche sich durch Ausdienung der gesetzlich normierten Dienstfrist den Anspruch auf Pension erworben hatten, bestand. (Wojenno-Medicinskij Journal. Nr. 12, 1908).

— An der medicinischen Facultät der Universität Kiew ist der Lehrstuhl für Physiologie vacant. Aspiranten, die sich am Wettbewerb beteiligen wollen, haben ihre Anmeldung bei der Facultät spätestens bis zum 25. Februar 1909 einzureichen.

— Wie die «Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta» (Sibirische Aerztezeitung) meldet, hat der Prof. der inneren Klinik Dr. Kurlow an der Universität in Tomsk in diesem Jahr auch den Lehrauftrag für Nervenkrankheiten erhalten. Gegenwärtig ist ein Wettbewerb zur Besetzung des Lehrstuhls für Neurologie eröffnet. — Als Candidaten für den vacanten Lehrstuhl der klinischen Chirurgie haben sich gemeldet die Privat-Docenten derselben Universität W. Mysch und W. Dobromyslow, die Privat-Docenten der Moskauer Universität J. Dsirne und R. Wengelowskij, der Privat-Docent der Universität Charkow N. Filippow und Dr. med. A. Janowskij (St. Petersburg). — Der Privat-Docent N. Wersehinin hat seine Candidatur für den Lehrstuhl der Pharmacologie aufgestellt.

— Der Redacteur der in Warschau erscheinenden medicinischen Zeitschrift «Gazeta lekarska», Dr. J. Pruschinski ist von der medicinischen Facultät zu Lemberg zum Privatdocenten für Physiologie erwählt worden.

— Die Stadtverwaltung von Odessa hat einen Wettbewerb zur Besetzung des Postens des Leiters der Bacteriologischen Station eröffnet. Der «Russkij Wratsch», dem wir diese Nachricht entnehmen, spricht seinen Zweifel darüber aus, ob sich Aerzte finden werden, die diesen Posten übernehmen, denn bekanntlich hatte die Odessaer Stadtverwaltung den früheren verdienstvollen Leiter des Laboratoriums, Dr. Diatroptow entlassen, weil sie damals beschlossen hatte, diesen Posten zu cassieren.

— Ueber die Colonien von Leprösen in den Kreisen Wiljuisk und Kolymsk bringt die «Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta» (Sibirische Aerztezeitung Nr. 35) folgende Daten. In der ersteren gibt es 48 Lepröse, deren Unterhalt jährlich 11750 Rbl. beträgt, was ca. 245 Rbl. pro Person ausmacht, in Kolymsk sind 14 Lepröse, und ihr Unterhalt kommt 4469 Rbl. jährlich zu stehen.

— Im Kreise Wologda des gleichnamigen Gouvernements herrscht eine Pockenepidemie.

— Verbreitung der Cholera in Russland.

	Erkrankten	Starben	Beginn der Epidemie	Vom Beginn der Epidemie Erkrankten	Starben
vom 7. bis zum 13. Dec.					
St. Petersburg mit den Vorstädten	107	38	24. Aug.	8642	3517
Gouv. Jekaterinoslaw	1	—	3. Aug.	1143	554
Gebiet der Don-Kosaken	5	4	22. Juli	2972	1424
Kuban-Gebiet	8	5	26. »	1833	1025
Gouv. Eriwan	3	2	9. Sept.	234	156
Gebiet Ssemipalatinsk	1	—	27. Sept.	15	7
Im Ganzen	125	49		14839	6683

— Vom 16. bis zum 17. December erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 21 Personen, starben 6, genasen 5, in Behandlung verblieben 254. Vom Beginn der Epidemie sind erkrankt 8835 Personen, gestorben 3538 Personen, genesen 5043 Personen.

— Pest. In Aegypten erkrankten vom 28. November bis zum 4. December 84 Personen an der Pest und starben 15. — In Bagdad erkrankten vom 22. bis zum 28. November 4, starben 1. — In Indien erkrankten vom 25. bis zum 31. October 3020 Personen, starben 2140. — In Singapore wurde 1 Pestfall am 2. November constatiert.

— Cholera. In Calcutta starben vom 8. bis zum 14. November 8 Personen an der Cholera. — In Singapore erkrankten vom 1. bis zum 12. November 11 Personen, starben 9. Grössere Ausbreitung hat die Cholera auf den Philippinen erreicht: im October erkrankten in Manila 480 Personen, starben 303, in der Provinz erkrankten 4751, starben 2742.

— Nekrolog. In Rostow am Don starb der Oberarzt der Wladikawkasschen Eisenbahn, Dr. W. Leschnowitsch-Sinowitsch-Olpinskij, geb. 1842, pract. Arzt seit 1865. — In Dorfe Gribowitza, Gouv. Wolhynien, starb am Flecktyphus der Landschaftsarzt M. Lusakowski, geb. 1878, pract. Arzt seit 1906. — In Wilna starb Dr. W. Sajontschkowski, geb. 1878, pract. Arzt seit 1904.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 13. Jan. 1909.

Tagesordnung: v. Schrenck: Präsidialvortrag: Ueber gynäcologische Koeliotomie.
Berichte der Secretäre und des Cassierers.
Wahlen.
Beschlüsse betr. das bevorstehende 50-jähr. Jubiläum des Vereins.
Beschlüsse über Anträge betr. Bibliothekarsgehalt und Revision des Statuts.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Jan. 1909.

Tagesordnung: Prof. O. v. Petersen: Ueber Hefepilzerkrankungen der Haut.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

W. Bieganski. Medicinische Logik. Autorisierte Uebersetzung nach der 2. Original-Auflage von A. Fabian. Würzburg. Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag) 1909.

R. Baron Engelhardt. Medicinische Wissenschaft und Praxis. Vortrag, gehalten zur Eröffnung dess XX. Livländischen Aerztetages zu Riga. Riga. G. Löffler 1908.

R. Dahmer. Aerztliche Obergutachten aus der Praxis eines Ohren-, Nasen- und Halsarztes. Berlin. S. Karger. 1908.

Prof. G. Sticker (Bonn). Ueber Naturheilkunst. Giessen. A. Töppelmann. (vormals J. Ricker). 1909.

S. Jessner. Diagnose und Therapie des Ekzems. Würzburg. Curt Kabitzsch. (A. Stubers Verlag). 1909.

P. Maas. Die Sprache des Kindes und ihre Störungen. Würzburg. Curt Kabitzsch. (A. Stubers Verlag) 1909.

Prof. A. Adamkiewicz (Wien). Ueber den gegenwärtigen Stand der Krebsfrage. (Vortrag, gehalten auf der 80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Cöln am 25. September 1908).

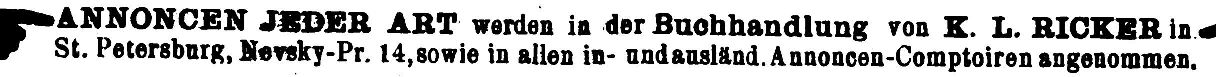
Prof. O. Aichel (Santiago). Eine neue Hypothese über Ursachen und Wesen bösartiger Geschwülste. München. J. F. Lehmanns Verlag. 1908.

Отчетъ о состоянiи народнаго здравiя и организацiи врачебной помощи въ Россiи за 1906 годъ. Изд. Управленiя Главнаго Врачебнаго Инспектора М. В Д. С.-Петербургъ. 1908.

А Дылева. Объ Истерiи. С.-Петербургъ. Изд. журнала Практическая Медицина. 1908.

фонъ-Хенъ. Оперативная и тактическая санитарная служба въ составѣ корпуса. Переводъ съ нѣмецкаго. Ю. Лазаревичъ. С.-Петербургъ. 1908.

Prof. P. Dittrich. Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit. Lief. 19—27. Bd. I. Prof. H. Gross. Criminalistische Tätigkeit und Stellung des Arztes. Bd. IX, 2. Prof. G. Anton, P. Dittrich und Jul. von Wagner-Jauregg. Forensische Psychiatrie. Wien und Leipzig. W. Braumüller. 1908—1909.



ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.





Unter den zahlreichen im Handel befindlichen Abführmitteln hat kein einziges so leichte und schnelle Verbreitung gefunden wie der

Kalifornische Feigen-Syrup
„CALIFIG"

(Name gesetzlich geschützt)

ist ein längst bekanntes, erprobtes, unschädliches, wohlschmeckendes Laxativ, welches infolge seiner sicheren und milden Wirkung die Aerzte in ihren Erwartungen niemals täuscht. (27) 0—15.

Besonders geeignet für die Frauen- und Kinder-Praxis.
Gebrauchsanweisung ist jeder Flasche beigefügt.

In allen Apotheken erhältlich.

Haupt-Depôt für St. Petersburg bei Herren Stoll & Schmidt,
" " " Moskau . . . . . " d. Gesell. W. K. Ferrein,
" " " Odessa . . . . . " Herren J. Lemmé & Co.
" " " Warschau . . . " Herrn Fr. Karpinski.

California Fig Syrup Co. London, E. C. 31/32 Snow Hill.

Aerzte — Proben gratis und franko.



Bei **VERDAUUNGS-STÖRUNGEN** sind

Abführungs-Pillen
„ARA"

einzunehmen. (74) 0—11.

Schachtel 95 Kop.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung **ganz umsonst versandt.**

Winter-Kurorte der Riviera di Levante.

(Bahnlinie Genua—Pisa.)

Nervi
St. Margherita (LIGURE)
Rapallo
Sestri Levante.

Mildes Winterklima, reichliche Besonnung, Windschutz und Staubfreiheit, überall gute Hôtels mit Central-Heizung.

Heilanzeigen: Erkrankungen der Kreislauf- und Atmungsorgane, des Nervensystems, Erholung nach schweren Krankheiten.

Auskunft durch den Verein deutscher Aerzte der Riviera di Levante.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Gertrud Gensz, Казанская ул., д. 11, кв. 20.
Charlotte Holstein, Казанская ул., д. 11, кв. 20.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis erteilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Kop.)

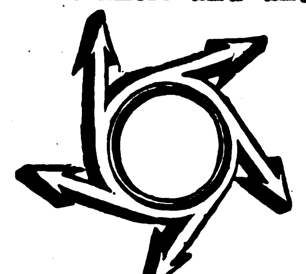
LANOLINUM PURISSIMUM «LIEBREICH»

Pharm. Ross.

in bekannter absoluter Reinheit und unübertroffener Qualität.

(44) 26—20.

Marke



„Pfeilring".

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft

Charlottenburg.

SANGUINAL KREWEL.

Krewels Sanguinal-Pillen und Liquor Sanguinalis Krewel enthalten das Eisen in den natürlichen Blutsalzen in leicht resorbierbarer gutbekömmlicher und nachhaltig wirkender Form. Sie bilden ein hervorragendes Unterstützungsmittel für den Arzt zur Blutbildung, Stoffwechsel, Anregung des Appetits, Vermehrung des Körpergewichts und Hebung des psychischen Zústands. Specielle Indikationen: leichte und schwere Anaemie. Chlorose, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Oligomenorrhoe, Leukorrhoe, Neurasthenie, Hysterie, Kinderpraxis, Rachitis, Skrophulose, Tuberkulose.

Die äusserst günstigen Erfolge der reinen Sanguinalpillen gaben zu folgenden Combinationen Anlass.

Pil. Sanguin c. Creosot 0,05 u. 0,10
Vermeidung des Kreosotgeschmacks, zuverlässige Dosierung, absolut geruchlos, indiciert bei Chlorose in Verbindung mit gastrischen Störungen, Skrophulose, Tuberkulose, Spitzenkatarrh mit Haemophyse.

Pil. Sang. c. Chinin
bei chlorotischen und neurasthenischen Zuständen, zuverlässiges Tonicum und bestes Roborans in der Reconvalescenz.

Pil. Sang. c. Vanadin
bei Chlorose, beginnender Lungenphthise, Anämie und asthmatischen Beschwerden.

Pil. Sang. c. Guajacol. carbonic. 0,05 und 0,10
sind hervorragend geeignet in der Kinderpraxis, bei Patienten mit phthisischen Habitus, die zu blassem Aussehen, Mattigkeit, Drüsenschwellungen, Ekzemen, Appetitlosigkeit neigen, Skrophulose und Phthise.

Pil. Sang. c. lecithin
tonisierende Wirkung bei Erschöpfungszuständen zur Stickstoffretention, Phosphorsäure-Ansatz, Verminderung der Schwefelsäureausscheidung im Harn etc,

Pil. Sang. c. Natr. cynamyl.
indiciert bei skrophulosen und tuberkulosen Processen.

Pil. Sang, c. Extr. Rhei
indiciert in allen Fällen von Chlorosen und Blutarmut, die mit Darmträgheit und Atonie der Verdauungsorgane einhergehen.

Pil. Sang. c. Acid. Arsenicosum
bei anämisch, neurasthenischen Zuständen, gynäkologisch auch in Verbindung mit Beschwerden klimakterischen Ursprungs, ferner während oder im Anschluss an Bromkuren bei Skrophulose mit Lungenspitzenkatarrh, Bronchialasthma, Emphysem, gegen Ekzema, Chronicum pruriginosum, Akne. Pil. Sang. c. arsen. beeinflussen den Eiweissumsatz, üben einen regenerativen Einfluss auf das Blut aus, befördern die Reconvalescenz nach Scharlach, Masern, Diphterie und Influenza.

Pil. Sang. c. Ichthyol
gegen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, erleichtert die Verwertung der vortrefflichen, desinficierenden und antibakteriellen Eigenschaften des Ichthyol's.

Pil. Sang. c. Jod.
indiciert bei Drüsen oder Gelenktuberkulose, Anämie auf dyskratischer Grundlage und im sekundären Stadium der Syphilis.

Ausführliche Literatur und Versuchungsmengen gratis und franco zu Diensten.

Generaldepot für Russland (119) 13—7.

Kontor chemischer Präparate, St. Ptb., Newsky Pr., 28, Haus Singer.





Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honoriert.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate sind ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — **Manuskripte** sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redakteur Dr. **F. Dörbeck** in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag u. Sonnabend 1—2. Telephon 290-18.

№ 52 St. Petersburg, den 27. December (8. Januar). **1908.**

Ueber Fettfärbung*).

Von

Dr. med. A. Ucke.

Im Anhange zur IV. Auflage der „Pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden" von Schmorl (1907) findet sich das Nilblausulfat als Fettfärbemittel für die histologische Praxis empfohlen. Die Vorzüge dieses von Lorrain Smith angegebenen Verfahrens ist die Wasserlöslichkeit des Farbstoffs, der gleichzeitig das Gewebe, die Zellkerne, Bacterien und Fettsäuren blau und Neutralfette rot färbt. Eine derartige gleichzeitige Contrastfärbung von Gewebe und Fett darf als eine erfreuliche Bereicherung unseres färbetechnischen Schatzes angesehen werden.

Das Factum des Zustandekommens einer derartigen Tinction allein kann uns jedoch keine Befriedigung gewähren, solange wir keinen Einblick in das Wesen des Processes gewinnen.

Gehen wir die verschiedenen Methoden der Fettfärbung im Gewebe durch, so können wir von der Osmierung des Fettes ganz absehen, da die hierbei stattfindende Reduction des Osmiumtetroxyd (OsO^4) zu metallischem Os keinerlei Vergleichswert für die Färbungen mit Anilinfarben hat.

Die in der Technik vielfach verwendete Alkannatinctur, kommt für uns auch nicht in Betracht, da ihr färberisches Princip nicht rein dargestellt und daher dessen chemische Constitution uns unbekannt ist. Dagegen ist das seit 1896 in die medicinisch-experimentelle und histologische Technik eingeführte Sudan III (Daddi) und das auf Grund seiner Constitutionsformel von Michaelis richtig erkannte Fettponceau oder Scharlach R. genau bekannt. Allein diese beiden Farbstoffe sind, ebenso wie der fettfärbende Anteil der Alkannawurzel, nur in Alcohol löslich und bringen die Tinction des Fettes in der Farbe ihrer alcoholischen Lösung zustande. Wie wir noch sehen werden bezeichnet Michaelis diese Aufnahme der Farbe durch das Fett sehr treffend als Ausschüttelung aus der Lösung.

Die Färbung mit Nilblausulfat geht nun offenbar in ganz anderer Art vor sich: zunächst ist es in Wasser leicht löslich und der Alcohol bei histologischer Verwendung vollkommen ausgeschlossen; zwar kann auch hier der Uebergang der Farbe aus dem Farbbade ins Fett mit einer Ausschüttelung verglichen werden, allein es findet dabei ein Umschlag des Blaus der wässrigen Lösung in rot statt.

Es fragt sich nun in welcher Art der Process hier verläuft?

Zu diesem Zweck sehen wir uns zuerst an, wie die Färbung des Fettes mit Sudan III und Scharlach R. erklärt wird.

Aus der Structurformel dieser beiden Farbstoffe ersehen wir, dass die Diazoverbindungen zweier Benzole resp. Toluole mit einem β Naphthol sind:

— N = N — — N = N — HO— Sudan III.

*) Nach einem Vortrag, gehalten im Deutschen ärztlichen Verein am 20. October 1908.

```
/\_N=N_/\_N=N____            Scharlach R.
| |      | |      HO—/\/\
| |_CH₃  | |_CH₃     | | |
\/       \/          \/\/
```

Da diese Stoffe jedoch nach **M i c h a e l i s** vollkommen indifferente Verbindungen darstellen, so müssen sie die nachstehende Structur haben, wo das H des OH vom β Naphtholring zum ersten Binde - N der Diazokoppelung des Naphthols gewandert ist:

```
                 H
                 |
/\_N=N_/\_N=N____
| |    | |      O=/\/\
| |    | |        | | |
\/     \/         \/\/

                 H
                 |
/\_N=N_/\_N—N____
| |      | |      O=/\/\
| |_CH₃  | |_CH₃    | | |
\/       \/         \/\/
```

Eine derartige Wanderung ist aber nur möglich bei einer β-Naphtolverbindung, wie aus der Bindung in den Formeln sofort ersichtlich ist. Ein derartig „indifferenter" Körper geht unverändert aus einem Lösungsmittel (Alcohol) in ein anderes (Fett) über.

Das Nilblau gehört nun aber gar nicht in dieselbe Gruppe von Stoffen, sondern ist ein Oxacin des Diäthylamidophenols mit einem α-Naphthylamin:

```
(C₂H₅)₂N_/\/O\/\/\  NH HCl
         | |  | | |
         \/\N/\/\/
```

Es ist somit keine Azoverbindung, wie die Fettfarbstoffe Sudan und Scharlach, sondern gehört zur Gruppe der Oxacine und Thiacine, die die interessante Erscheinung der „Metachromosie" mit gewissen Substanzen, den sog. „chromotropen" Stoffen geben, d. h. sie färben dieselben in einer andern Farbe, als sie ihnen ursprünglich eigen ist.

Das Prototyp solcher Farbstoffe ist, wie bekannt das Jod, welches das Gewebe gelb färbt, die Amyloidsubstanz aber mahagonibraun und Stärke blau. Zu den chromotropen Substanzen gehören das Amyloid, die Mastzellengranula, der Schleim und die Knorpelsubstanz.

Wie der Umschlag der Farbe zustande kommt, wollen wir uns am Thionin als Beispiel ins Gedächtnis rufen.

Das Thionin ist als Base rot und hat die Constitutionsformel:

```
NH₂/\/S\/\/NH
   | |  | |
   \/\N/\/
```

Tritt dazu ein Säuremolekül, so wird daraus ein Salz, das blau ist.

```
NH₂/\/S\/\/ NH HCl
   | |  | |
   \/\N/\/
```

Wenn nun aber das Säuremolekül an das Binde-N der Verbindung tritt, so erscheint wieder die rote Farbe

```
NH₂\/\/S\/\/NH
   | |  | |
   \/\N/\/
      HCl
```

der Base, wobei es, nach **M i c h a e l i s**, nicht sowohl auf die Bindung der Säure ankommt, als auf das Freiwerden des NH.

Der Wechsel der Farbe findet aber bei organischen Farbstoffen beim Uebergange aus einem Lösungsmittel in ein anderes statt und beruht, wie wir sahen auf der Wanderung des Säureradicals, wobei es offenbar gleichgiltig ist, ob das Lösungsmittel ein flüssiger oder fester Stoff ist, wie etwa Knorpel.

Da wir nun das Nilblausulfat seiner Constitutionsformel nach als zu den Oxacinen gehörig kennen*), so dürfen wir von ihm keine Färbung des Fettes im Sinne der Fettfarbstoffe Sudan oder Scharlach erwarten, sondern müssen die Analogie bei den metachromatischen Farbstoffen suchen und ergibt es sich, wie mir scheint von selbst, dass wir die Verwandtschaft zum Fett in der Naphtholgruppe des Nilblausulfat finden, während der Wechsel der Farbe vom Blau der wässrigen Lösung ins Rot der Base als Tautomerie oder Wanderung des Säureradicals auffassen und die Färbung für eine Metachromasie erklären müssen.

Sehen wir nun ob die Praxis die theoretischen Postulate in Erfüllung gehen lässt?

Bei der Verwendung von Nilblau zu histologischen Präparaten ist es selbstverständlich, dass man Alcohol vermeidet und somit Gefrierschnitte von in Formalin fixierten Objecten verwendet. Sie werden 30 Minuten in der gesättigten wässrigen Farblösüng gehalten, dann in Wasser ausgewaschen, in 1% Essigsäure differenziert und nach gründlichem Auswaschen in Wasser, in Glycerin eingeschlossen. Gute Färbungen ergaben Fettgewebe, Fettinfiltration der parenchymatösen Organe, aber auch in zerfallenen Partien eines Spindelzellensarcoms liessen sich Fetttröpfchen darstellen, während tuberculöser Käse einen rötlichen Farbenton annahm, ohne dass die ihn verursachenden Tröpfchen durch das Mikroskop aufgelöst werden konnten. Eine gleiche rötliche Färbung ist auch häufiger am Herzmuskel wahrnehmbar. Auch die Zelleinschlüssse der Nebennierenrinde färben sich rötlich, doch ist es im Gegensatz zum hellen Rot des Fettgewebes und Knochenmarks ein viel dunklerer Farbenton.

Das Myelin des Rückenmarks nimmt keine Rotfärbung an, sondern nur ein blasses Blau.

Indem ich hier die verschiedene Nüancierung in der Färbung der fettartigen Substanzen in den Organen des Menschen betone, möchte ich auch noch darauf aufmerksam machen, dass das Nilblau auch manche derartige Substanzen tiefblau färbt: so habe ich z. B. in der Nebennierenrinde und in Leberzellen Gebilde in Tropfenform gefunden, die intensiv blau gefärbt waren.

Eine gewisse Klärung dieser Verhältnisse dürften, wie mir scheint, eine Reihe von Versuchen geben, die ich mit verschiedenen Oelen angestellt habe. Voranschicken muss ich, dass das Nilblausulfat als Pulver sich in Oel nicht löst und ihm auch keine Färbung mitteilt. Wenn man aber Oel mit der wässigen Lösung des Farbstoffs schüttelt, so färbt es sich rot und sammelt sich in gesonderter Schicht oben an. Schüttelt man dann noch das Ganze mit Aether aus, so löst sich das Oel im Aether und derselbe nimmt dieselbe rote Färbung an.

*) In der oben angeführten Formel ist für das Sulfat dieselbe zu verdoppeln und das Schwefelsäureradical SO_4 anzuhängen.

Von den auf diese Art untersuchten Oelen nahmen: Oliven-, Ricinus-, Mandel-, Sesam-, Cedernholz-, Bergamott-, Cypressen-, Lavendel- und Latschenöl eine Rotfärbung an, allerdings mit grossen Schwankungen in der Nüancierung und Intensität der Färbung, so dass eine ganze Scala zwischen dem hellen Rosarot des Ricinusöls und dem dunklen Carmoisinrot des Bergamottöls zu demonstrieren war.

Ganz im Gegensatz dazu färbten sich Nelken-, Origanumöl- und Terpentin keineswegs rot, sondern dunkelgrün, violett und blau, während ihre Aetherauszüge blau, dunkelrot resp. ponceaurot wurden.

Der Versuch auf die Grundsubstanzen der Oele, die Fettsäuren zurückzugehen, führte zu keinem verwertbaren Resultat, da eine Färbung der reinen Oelsäure, Palmitin- und Stearinsäure nicht zustande kam.

Analysieren wir nun den Vorgang bei der Fettfärbung mit Nilblausulfat, so sehen wir, dass schon der chemischen Constitution nach dieser Farbstoff nicht den eigentlichen Fettfarbstoffen Sudan III und Scharlach R. gleichgestellt werden darf: während bei den letzteren ein indifferenter Körper aus einem Lösungsmittel in ein anderes unverändert übergeht, findet bei Nilblau während des Uebėrganges aus einem Lösungsmittel ins andere eine Umlagerung des Säureradicals statt, so dass die Farbe der Base wieder hervortritt, ein Vorgang, wie wir ihn bei den Oxacinen und Thiacinen für die Metachromasie als bedingend erkannt haben.

Dass die Vorgänge verschiedener Natur sind, können wir auch folgenden Versuchen entnehmen: wenn wir auf Oel in einem Reagenzglase eine alcoholische Lösung von Sudan III oder Scharlach R. schichten, so beginnt der Farbstoff ganz allmählich in das Oel zu diffundieren und färbt dasselbe in einigen Tagen in die Farbe der alcoholischen Lösung, während der Alcohol langsam entfärbt wird und zuletzt ganz farblos erscheint. Mit Nilblausulfat dagegen wird eine Färbung nur bei intensivem Schütteln des Oels mit der Farbstofflösung erzielt.

Das Hauptargument für die Verschiedenheit der Processe ist aber fraglos der Umstand, dass die verschiedensten Oele und Fette von Sudan und Scharlach stets in der gleichen Farbennuance gefärbt werden, während das Nilblau jedem Oel und und jedem Fett eine besondere Nüance gibt. Es scheint mir, dass wir es hier nicht mit einer einfachen Lösung des Farbstoffs mit Rückschlag zur Farbe der Base zu tun haben, sondern, da der Körper nicht „indifferent" (M i c h a l i s) ist, irgend eine Art Bindung zustande kommt.

Wir haben somit im Nilblausulfat nicht nur einen Farbstoff, vermittelst dessen wir Fett in Gewebsschnitten darstellen und erkennen können, sondern auch verschiedene Fette differenzieren: ein Vorzug vor den indifferenten Farbstoffen. Ein eingehenderes Studium dieser Verhältnisse lehrt uns vielleicht des Weiteren, wodurch im einzelnen Falle ein besonderer Farbenton bedingt wird. Versuche mit chemisch reinen Substanzen im Reagenzglase werden vielleicht Schlüsse gestatten auf die Substanzen im mikroskopischen Präparat.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Lehre von den metachromatischen Farbstoffen und chromotropen Substanzen eines weiteren Ausbaus fähig ist. Unlängst hat R e i c h auf das Thionin, welches als Schleimfärbemittel längst bekannt war, als auf ein gutes Differenzierungsmittel der Degenerationen im Centralnervensystem hingewiesen, während B i e l s c h o w s k i das Kresylviolett noch geeigneter zur Unterscheidung der Zerfallsproducte des Myelins findet. Leider scheint die Constitutionsformel dieses letzteren Farbstoffes noch nicht bekannt zu sein, soviel aber steht fest, dass er das Protagon hochrot färbt, wärend Lecithin sowie Protoplasma und Zellkerne blauviolett gefärbt werden.

Literatur.

1) M i c h a e l i s, L. Die indifferenten Farbstoffe als Fettfarbstoffe. Deutsche med. Wochenschr. 21. III. 1901 Nr. 12.
2) M i c h a e l i s in: Encyclopädie der mikroskopischen Technik, Urban und Schwarzenberg 1903. Berlin und Wien. Die Aufsätze: Fett, pag. 361 und Metachromasie pag. 797.
3) R e i c h, F. Ueber den zelligen Aufbau der Nervenfasern auf Grund mikrohistochemischer Untersuchungen I. Teil. Die chemischen Bestandteile des Nervenmarks, ihr mikrochemisches und färberisches Verhalten. Journal f. Psychol. und Neurol. — VIII 1907. Ref. von Bielschowsky im Neurol. Centralbl. 1907. Nr. 23. December.

Ueber die Choleraschutzimpfung*).

Von

Dr. W. H o l l m a n n - Dorpat.

Die ersten Versuche einer Immunisierung mit steigenden Dosen toxisch wirkender Bacterienstämme, von stark subletalen beginnend, bis zum Erreichen eines Schutzes gegen sicher letale Impfstoffmengen, wurden am Anfang der 80-er Jahre des vorigen Jahrhunderts auf Grund von P a s t e u r s Immunisierungsverfahren für Hühnercholera, Milzbrand und andere Infectionskrankheiten von F r ä n k e l und S i m o n d s, S s i r o t i n i n, B e u m e r und P e i p e r für Typhus, zunächst im Tierversuch, mit positivem Resultat ausgeführt.

Nachdem schon B e u m e r und P e i p e r die Frage aufgeworfen hatten, ob mit abgetöteten Culturen dieselbe Immunität erzielt werden könne, gelang es in der Tat C h a n t e m e s s e und W i d a l sowie S a n a r e l l i Mäuse mit abgetöteten Typhusbacillen erfolgreich zu immunisieren. Mit der Cholera stellte sich die Sache anders: da der Choleravibrio nur vom Intestinaltractus aus zu inficieren vermag, und ihm nicht, wie dem Typhusbacillus der Character eines septicämischen Bacterums eigen ist, ist für die Cholera die Möglichkeit einer subcutanen oder endovenösen Schutzimpfung mit lebenden virulenten Bacterien gegeben; da zudem eine Impfung mit lebenden Choleravibrionen nur einen geringen Grad von klinischen Symptomen nach sich zieht, war vor der Hand kein Bedürfnis vorhanden, anders als mit lebenden Culturen zu operieren.

1885 hat F e r r a n in Spanien als erster beim Menschen erfolgreiche Immunisierungen gegen die Cholera vorgenommen, nachdem er sein Verfahren durch Versuche an Meerschweinchen erprobt hatte. F e r r a n verwandte lebende Cholerabouillonculturen, welche er in 6—8-tägigen Interwallen in 3 Sitzungen ins Unterhautzellgewebe der Tricepsgegend einspritzte, und zwar injicierte er das erste Mal 8 Tropfen der Bouillon, das zweite und dritte Mal je 0,5 ccm. In 12 Jahren, von 1885—1897 hat F e r r a n über 200,000 Impfungen ausgeführt, nach seiner Statistik war das Morbiditätsverhältnis der zweimal Geimpften zu den Nichtgeimpften gleich 1 : 10. Da weder seine Culturen noch seine Statistik einwandsfrei waren, hat sowohl seine Methode wie auch die wissenschaftliche Berechtigung der Schutzimpfung überhaupt von den verschiedensten Seiten Widerspruch gefunden.

Der erste, der nach F e r r a n die Frage der Schutzimpfung im Tierexperiment wieder aufnahm, war im Jahre 1888 G a m a l e i a. Er immunisierte Meerschweinchen und Tauben mit abgeschwächten lebenden und abgetöteten virulenten Culturen. Auch diese Experimente und ihre Erfolge hielten der Kritik nicht stand. Da G a m a l e i a s Stamm hochgradig taubenpathogen war,

*) Nach einem, am 10. Oct. 1908 in d. Dorpater Med. Ges. gehaltenen Vortrage.

hat es sich wohl nicht um echte Choleravibrionen gehandelt.

Die ersten einwandsfreien Versuche an Meerschweinchen stammen von Brieger, Kitasato und Wassermann (1892). Indem sich diese Autoren auf die Entdeckung Pfeiffers stützten, nach welcher die toxischen Eigenschaften der Cholerabacterien direct an den Bacterienleib gebunden sind, kamen sie zu dem Schluss, „dass bei Cholera und Typhus auch das immunisierende Princip in der Bacterienzelle zu suchen sei und dass Bouillonfiltrate nur insofern immunisierend wirken, als sie Bacterienleibessubstanzen enthalten". Sie erstrebten eine Trennung des toxischen vom immunisierenden Princip, zu dem Behufe züchteten sie die Bacterien in einer besonderen Thymusbouillon, dabei sollte das Gift der Bacterien unter Erhaltung des immunisierenden Agens zerstört werden. Es gelang ihnen auch in der Tat, durch die fast unschädliche intraperitoneale Einverleibung von Thymusbouillonculturen Meerschweinchen, Kaninchen und Mäuse gegen eine nachherige Infection per os nach dem Kochschen Verfahren (Ruhigstellung des Darmes durch Opium und Neutralisation des Magensaftes durch Soda). in 80 pCt. erfolgreich zu immunisieren. Die genannten drei Autoren erreichten durch intraperitoneale Einverleibung mit 1 ccm. einer 3-tägigen, 15 Minuten auf 65° erhitzten Thymusbouilloncultur nach 24 Stunden bereits einen „Giftschutz".

Fedoroff benutzte dieselbe Methode, modificierte sie jedoch dahin, dass er 7—10-tägige Thymusbouillonculturen verwandte, welchen er nach dem Erhitzen zur Conservierung Glycerin, im Verhältnis von 1:9 zusetzte; auch er berichtet über gute Resultate.

Klemperer benutzte zu seinen Versuchen, die er mit Meerschweinchen anstellte, 3-tägige durch Wachstum bei 40°,5 abgeschwächte Bouillonculturen, weiter 8-tägige, 2 Stunden auf 70° erhitzte, und endlich eintägige 24 Stunden mit constantem electrischem Strom von 20 Min. behandelte Bouillonculturen: er gibt an, seine Tiere wären nach 5 Tagen gegen eine tödliche Dosis virulenter Choleravibrionen geschützt gewesen. Als erster nach Ferran machte Klemperer Versuche an Menschen, doch war er bestrebt, durch Auswertung des gewonnenen Immunserums im Tierexperiment den Beweis der tatsächlich erzielten Immunität zu erbringen. Er erzielte einen Titer von 0,005 gegen 1,5 normal, doch war seine Methode der Titration nicht einwandsfrei.

Ueber erfolgreiche Immunisierung im Tierversuch berichten noch: Haffkin, Gruber und Wiener, Jawein, Tamamscheff, Pfeiffer und Wassermann, Pawlowsky und Buchstab.

Systematische Immunisierungen des Menschen in grösserem Umfang nahm als erster 1893—1895 Haffkin in Indien vor. Er vermutete richtig, wie später durch Pfeiffer und Friedberger wissenschaftlich begründet wurde, dass ein hoher Virulenzgrad für die Erzeugung eines wirksamen Impfstoffes notwendig sei, falsch jedoch war seine Annahme, dass zur Erzielung einer wirksamen Immunität lebender Impfstoff notwendig sei. Den Gegenbeweis hierfür lieferte später namentlich Kolle.

Von seiner ersten Vermutung ausgehend, war Haffkin bemüht, den Virulenzgrad der Culturen möglichst hoch zu steigern. Diese Steigerung wurde durch einfache Passagen von Tier zu Tier erreicht: in der 20.—30. Passage erreichte die Virulenz einer Choleraagarcultur eine maximale und eine constante Höhe, die die Höhe der Ausgangscultur um das 50-fache übertreffen kann. Dieses Virus fixe tötet Meerschweinchen in kleinen Dosen bei intraperitonealer und intramusculärer Impfung. Der Umstand jedoch, dass bei subcutaner Anwendung bei Meerschweinchen starke Necrosen auftraten, bewog Haffkin, der Impfung mit dem Virus fixe eine Vorbehandlung mit abgeschwächtem Virus vorausgehen zu lassen. Das abgeschwächte Virus wurde durch Wachstum bei 39° unter constanter Sauerstoffdurchleitung erhalten und schützte Meerschweinchen gegen die necrotisierende Wirkung des Virus fixe. Haffkin gewann seinen Impfstoff folgendermassen: als Standartcultur diente ihm die 24-stündige, bei 37° gewachsene Ernte der Agarfläche eines 16 cm. langen, 1,5 cm. breiten zu $^2/_3$ mit Agar gefüllten Reagenzglases, welche mit gekochtem Wasser abgeschwemmt und darin gleichmässig emulsioniert wurde. Von dieser Emulsion stellte $^1/_4$—$^1/_6$ die Dosis für erwachsene Menschen dar. (Später impften Powell, Brown, Simpson von vornherein Menschen mit dem Virus fixe, ohne ernstere Störungen zu beobachten.

Nach der Impfung beobachtete Haffkin das Auftreten einer Reaction, deren Symptome sowohl localer, am Ort der stattgehabten Impfung auftretender, als auch allgemeiner Natur waren. Die localen Symptome äusserten sich in folgendem: nach 5 Stunden begann eine Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Injectionsstelle, sowie eine leichte Schwellung der regionären Lymphdrüsen, welche bis zur 8.—10. Stunde eine Zunahme, dann aber eine Abnahme zeigten, nach 36 Stunden war die Reaction abgeklungen, — nur die Injectionsstelle war bei Berührung oder schneller Bewegung nach 1—2 Tage empfindlich. Hautnecrosen kamen nie zur Beobachtung. Die allgemeinen Symptome begannen zugleich mit den localen, erreichten ihren Höhepunct nach 12 Stunden und waren nach 25 Stunden in der Regel zurückgegangen. Sie äusserten sich in Uebelkeit, Schwächegefühl, Kopfschmerz, Trockenheit im Munde, zuweilen — in 1—2% — leichten Durchfällen, geringem Frost, dunkler Farbe des Urins. Die Temperatur erreichte ihr Maximum 8—10 Stunden nach der Impfung mit 38,5—39,5 und kehrte innerhalb 24 Stunden zur Norm zurück, selten blieb die Temperatursteigerung aus. Nach Hare und Brown scheinen Europäer empfindlicher gegen die Impfung zu sein.

Vom April 1893 bis zum August 1895 hat Haffkin im Ganzen ca. 70000 Injectionen lebender Vibrionen an 42179 Individuen im Alter von 6 Monaten bis 80 Jahren vorgenommen, ohne Rücksicht zu nehmen auf Körperconstitution und chronische Leiden, dabei aber keinerlei ernstere Störungen beobachten können. Als Contraindicationen sind nach Hare nur fieberhafte Erkrankungen und die letzten Stadien der Schwangerschaft aufzufassen.

Leider hat Haffkin keine Untersuchungen über die specifischen Veränderungen des Blutes der Immunisierten vorgenommen, dagegen sollten seine umfangreichen Statistiken die Brauchbarkeit seiner Methode beweisen. Alle Statistiken sind jedoch nicht verwertbar, wegen der Ungleichheit der Lebens- und Infectionsbedingungen der Geimpften, der Fluctuation der Bevölkerung, des Ausbleibens der Cholera in den der Impfung folgenden Jahren etc.

Haffkin selbst teilt seine Statistiken folgendermassen ein:

1) Statistiken, bei denen die geringe Zahl von Erkrankungen nach der Impfung keinen sicheren Schluss ermöglichen;

2) Statistiken, in denen die Erfolge der Impfung nur in geringem Grade zu Tage treten und

3) Statistiken mit völlig einwandsfreien günstigen Resultaten, — und zieht aus denselben folgende Schlüsse über den Wert der Impfung:

1) Die schützende Wirkung der Choleravaccination beginnt bereits in den ersten Tagen nach der Impfung

und wird durch eine Steigerung der Dosis innerhalb der angegebenen Grenzen vermehrt;

2) die Dauer des Impfschutzes beträgt bei geringen Dosen etwa 14 Monate, danach tritt deutliche Abnahme und wahrscheinlich gänzliches Verschwinden des Impfschutzes ein. Bei grösseren Dosen scheint der Schutz länger zu dauern;

3) während der Zeit ihrer Wirksamkeit vermag die Schutzimpfung die Zahl der Erkrankungen gegenüber den Nichtgeimpften um mehr als das 10-fache herabzudrücken;

4) „durch die vorhergegangene Vaccinierung wird der Verlauf eines Choleraanfalles nicht nennenswert beeinflusst".

Der Haffkinschen Methode bedienten sich noch in Indien seine Mitarbeiter Brown und Simpson, sowie auf Kuba Strong.

Tamamscheff stellte die Culturen der ersten und zweiten Vaccine nach Haffkin her, tötete jedoch die Bacterien vor der Impfung durch Emulsionierung in 0,5% Phenollösung ab: der immunisierende Effect war der gleiche, wie der mit der Haffkinschen Vaccine erreichte.

Während die handgreiflichen, practisch im Tierexperiment und am Menschen erzielten Erfolge wohl imstande sind, den Wert der Schutzimpfung gegen die Cholera erkennen zu lassen, haben sie gar keinen Einfluss auf die Erkennung des Wesens der durch die Impfung bedingten Immunität bisher ausüben können. Als Ausgangspunct für die Auffassung des Wesens der Immunität wurde bisher die Toxicität der Choleravibrionen und deren Paralysierung durch die Impfung angenommen. Brieger, Kitasato und Wassermann glaubten, dass die schützende Wirkung bei activ oder übertragen immunisierten Tieren auf dem Gehalt des Serums an Antitoxin beruhe. R. Stern, Bitter, Beumer und Peiper haben es auch versucht, für Typhus ein Antitoxin nachzuweisen, kamen jedoch zu keinem positiven Ergebnis.

Erst R. Pfeiffer gelang es nachzuweisen (1894), dass im Blutserum der Typhus und Choleraraconvalescenten, ebenso bei künstlich immunisierten Tieren keine antitoxischen, sondern nur die bacteriolytischen Schutzstoffe zu finden sind. Wurde eine geringe Menge des Immunserums mit einer tödlichen Dosis lebender Cholerabacillen zusammen in die Bauchhöhle eines gesunden Meerschweinchens eingespritzt, so wurden die Bacterien in kürzester Zeit zum körnigen Zerfall und zum Absterben gebracht und das Meerschweinchen vor dem sonst sicheren Tode gerettet. Dieselbe Erscheinung, das sogenannte Pfeiffersche Phänomen, ist auch zu beobachten, wenn man die Cholerabacillen allein in die Bauchhöhle eines gegen Cholera vorher immunisierten Tieres injiciert.

Im Choleraimmunserum kommt also die Wirkung gewisser Stoffe zur Geltung, welche die Auflösung der Vibrionen im reagierenden Tierkörper veranlassen, nämlich der bacteriolytischen oder bactericiden Schutzkörper. Es ist nun das Verdienst R. Pfeiffers, eine genaue Methode der Wertbestimmung der bacteriolytischen Kraft der Sera ausgearbeitet zu haben, durch welche die erfolgreiche Schutzimpfung des Menschen erst ihre wissenschaftliche Berechtigung erhielt.

„Die Prüfung des Serums auf seinen specifischen Wirkungswert geschieht dadurch, dass eine bestimmte Menge desselben mit dem 5—10-fachen Multiplum der Dosis letalis minima einer virulenten Cultur gemischt wird. Diejenige geringste Serumquantität, welche gerade ausreicht, diese Bacterienmenge im Meerschweinchenperitoneum innerhalb einer Stunde zur Auflösung zu bringen, bezeichnet man nach Pfeiffer als den Titer des Serums" (Dieudonné). Der bacteriolytische Titer eines gesunden Menschen z. B. beträgt 0,6 ccm., d. h. 0,6 ccm. seines Serums genügen, um ein Meerschweinchen vor einer tödlichen Cholerainfection zu schützen; hat derselbe Mensch einen Choleraanfall überstanden, genügt bereits die geringere Menge von 0,01 ccm. seines Serums, um beim Meerschweinchen denselben lebensrettenden Erfolg zu zeitigen, mit anderen Worten, der bacteriolytische Titer des Serums dieses Menschen hat durch das Ueberstehen der Cholera eine Steigerung gegen die Norm erfahren. Interessant ist die Beobachtung, dass der bacteriolytische Titer künstlich immunisierter Menschen eine Steigerung aufweisen kann, welche den Wert des Serums choleraraconvalescenter Menschen um das 30-fache übertreffen kann.

Friedberger fasst die unbedingte Brauchbarkeit der bacteriolytischen Wertbestimmung für Immunsera in folgende Worte zusammen: „Wenn wir sehen, dass Tiere, die nach brauchbaren Methoden activ gegen Typhus und Cholera immunisiert sind, regelmässig bei künstlicher Nachinfection geschützt sind, und dass die Reinfection beim Menschen innerhalb begrenzter Zeitabschnitte zu den grössten Seltenheiten gehört, wenn wir andererseits sehen, dass bei allen diesen Individuen der bacteriolytische Titer eine hohe Steigerung gegen die Norm erfahren hat, so dürfen wir wohl den Serumtiter als Massstab für die Immunisierung benutzen".

Von den durch Pfeiffer geschaffenen neuen Principien ausgehend, hat Kolle 1897 im Pfeifferschen Laboratorium als erster ein exactes Impfungsverfahren gegen die Cholera ausgearbeitet. Nachdem Kolle an sich selbst durch die dreimalige Behandlung nach Haffkin keinen höheren Titer erreicht hatte, als bei anderen Personen durch eine einzige Injection von $^1/_{10}$ einer abgetöteten Agarcultur, empfahl er an Stelle der lebenden Culturen Haffkin's Aufschwemmungen virulenter Vibrionen in physiologischer Kochsalzlösung, die zuvor 10 Minuten lang bei 37° durch Chloroformdämpfe abgetötet waren oder 2—3 Minuten gekocht wurden. Die Dosis des Impfstoffes sollte $^1/_5$—$^1/_{10}$ einer 24-stündigen Agarcultur betragen. Kolle hat nach diesem Verfahren 15 Personen immunisiert und beobachtete eine Titersteigerung, beginnend vom fünften Tage nach der Impfung bis zu 0,003 ccm. gegen 0,6 normal.

In der Praxis wurde das Kollesche Verfahren in grösserem Umfange 1902 von Murata in Japan und 1904 von Slatogoroff in Persien angewandt.

Muratas Impfstoff wurde im kaiserlich-japanischen Seruminstitut folgendermassen hergestellt: 24-stündige Agarculturen wurden mit soviel physiologischer Kochsalzlösung emulgiert, dass jeder Cubikcentimeter 1 Oese Vibrionen, d. h. 2 mg. enthielt. Abtötung durch $^1/_2$ stündiges Erhitzen auf 60°. Zusatz von 0,5% Carbol. Die Dosis des Impfstoffes betrug anfangs einen, später zwei Cubikcentimeter der Emulsion. Eine Reaction pflegt der Impfung nach dem Kolleschen Verfahren auch zu folgen, doch scheint sie im allgemeinen milder zu verlaufen, als bei der Anwendung der Haffkinschen Methode. Eine locale Schmerzhaftigkeit beginnt nach 5—6 Stunden, diese, sowie unbedeutende Rötung und Schwellung, schwinden innerhalb 3 Tagen gänzlich. Die allgemeinen Symptome beschränken sich auf Gefühl von Unwohlsein, Mattigkeit, Kopfschmerz, Temperaturerhöhung meist auf 38°, selten 39°, nach 24 Stunden Rückkehr zur Norm; häufig Urinvermehrung in den ersten 12—16 Stunden nach der Impfung. Durchfälle an dem der Impfung folgenden Tage notiert Murata in ca. 10% der Fälle.

Im Widerspruch zu Haffkins Angaben steht die Beobachtung Muratas, dass die Geimpften, soweit sie an Cholera erkrankten, bei gleicher Behandlung, einen

viel milderen Verlauf der Infection zeigten, als die Ungeimpften. Auch die Mortalität ist bei den Geimpften fast um die Hälfte geringer.

Slatogoroff bediente sich der Kolleschen Methode, d. h., er verimpfte in drei Sitzungen abgetötetes Material, ausserdem impfte er aber auch noch combiniert, d. h. die beiden ersten Male mit abgetöteten und das dritte Mal mit lebenden virulenten Culturen. Seinen Impfstoff bezog Slatogoroff aus dem kaiserlichen Institut für experimentelle Medicin in St. Petersburg in Gestalt der sogenannten „Anti-Choleralymphe". Dieselbe stellt eine bei 60° im Laufe einer Stunde abgetötete Emulsion auf Agar gewachsener Choleravibrionen in physiologischer Kochsalzlösung dar, welcher, zur besseren Conservierung, 0,5% Carbol zugesetzt ist; ein Cubikcentimeter der Emulsion enthält 2 mg. Cultur. Erwachsenen wurde 0,4—1,0 ccm. der Lymphe eingespritzt, Kindern 0,1—0,4 ccm., und zwar unter die Haut des Oberarmes. Bei der Herstellung der lebenden Vaccine wich Slatogoroff insofern von der Haffkinschen Methode ab, als er einfach virulente in Pepton oder auf Agar gewachsene Culturen verwandte. Die Peptonculturen wurden ohne irgend einen fremden Zusatz nach 24-stündigem Wachstum eingespritzt, die Agarculturen in Form von Emulsionen 24—36-stündiger Culturen in physiologischer Kochsalzlösung, wobei 7 ccm. Kochsalzlösung zur Emulsionierung je einer Ernteflãche Cultur gebraucht wurden. Das lebende Material wurde in einer Menge von 0,1—0,45 ccm. subcutan injiciert. Die Reaction verlief ungefähr ebenso, wie Murata sie beschreibt, Durchfälle hat Slatogoroff jedoch nicht beobachtet.

Slatogoroff hatte sich selbst zweimal mit der Lymphe und danach mit je 0,45 ccm. seiner beiden Vaccinen geimpft, darauf nahm er per os 5 ccm. lebender Cholerapeptoncultur. Nach ca. 4 Stunden stellte sich Durchfall ein: es erfolgten 3 normal gefärbte diarrhoische Stühle. Er nahm Calomel ein. Am Abend war die Temperatur auf 37°,4 erhöht, auch bestand leichtes allgemeines Krankheitsgefühl — tags darauf waren jedoch alle Erscheinungen geschwunden.

Auf Grund einer Reihe von Einzelbeobachtungen und gestützt auf seine ausführlichen Statistiken kommt Slatogoroff zu folgendem Schluss: „Die Schutzimpfung gegen die Cholera gewährt einen wirksamen Schutz vor der Infection; im Falle einer Erkrankung gestaltet sich der Verlauf bei den Geimpften milder, auch die Mortalität wird durch dia Impfung herabgesetzt, und zwar erkranken am seltensten die 3 Mal geimpften, häufiger die 2 Mal und am häufigsten die 1 Mal vaccinierten. — In jedem Falle verleiht eine dreimalige Impfung eine sichere Immunität und kann durchaus empfohlen werden".

Während der im Jahre 1907 in Südrussland herrschenden Epidemie hat eine Reihe von Aerzten in den Wolga-Gouvernements nach dem Kolleschen Verfahren mit gutem Erfolge Impfungen vorgenommen. Die Zahl der Geimpften ist eine verhältnismässig kleine, auch sind die statistischen Angaben, die mir zur Verfügung stehen überaus mangelhaft, so dass ich auf deren Wiedergabe verzichten zu können glaube.

Was den Zeitpunct des Beginnes der durch die Impfung erreichten Immunität anlangt, so sind die Ansichten über diesen Gegenstand recht verschieden. Brown nimmt an, dass der Schutz bei der Behandlung mit grossen Dosen des Haffkinschen Virus fixe sehr schnell eintritt, schon in wenigen Stunden. Brown hatte seine Impfungen am Vormittag vorgenommen, am Nachmittag und Abend desselben Tages und am folgenden Tage kamen frische Fälle nur unter den Nichtgeimpten vor. Haffkin beobachtete an den ersten 4 auf die Impfung folgenden Tagen noch Fälle von Erkrankungen unter den Geimpften, während vom 5. Tage ab bis zum 459. keine Erkrankungen unter denselben registriert wurden. Kolle konnte das Auftreten der vermehrten Antistoffe im circulierenden Blut erst vom 5. Tage nach der Impfung nachweisen. Pfeiffer und Friedberger endlich, wiesen im Tierexperiment (am Meerschweinchen) nach, dass bereits nach 8—36 Stunden gegen Cholera immunisierte Tiere für eine nachfolgende Infection widerstandsfähiger geworden waren; allerdings handelte es sich hier nicht um eine specifische Immunität, denn gegen Cholera immunisierte Tiere waren auch gegen Typhus widerstandsfähiger geworden, Pf. und F. nehmen an, dass es sich hier um ein „einfaches Resistenzphänomen" handeln könne. Jedenfalls sprechen diese Versuche gegen das Auftreten einer erhöhten Empfindlichkeit für eine nachfolgende Infection, eine negative Phase, wie sie von Wright bei Vorbehandlung mit mittleren und hohen Typhusvaccinen angenommen wird.

Ausser den beiden geschilderten Immunisierungsverfahren, dem Haffkinschen und dem Kolleschen mit ihren verschiedenen, wohl meist unwesentlichen Modificationen, ist von verschiedenen Seiten eine Reihe von Methoden empfohlen worden, welche von den erstgenannten recht wesentlich verschieden sind. Da sie in der Praxis bisher keine irgendwie nennenswerte Anwendung erfahren haben, seien sie hier nur in aller Kürze angeführt.

Vincensi immunisierte Tiere erfolgreich mit Bouillonfiltraten von Choleraculturen.

Bertarelli erreichte eine Steigerung des bactericiden Vermögens durch Anwendung des Verfahrens von Neisser-Shiga, welches er für die Choleraimpfung versuchte.

Brieger und Mayer gingen von der Anschauung aus, dass bei einer Extraction der Typhus und Cholerabacillen mit destilliertem Wasser nur die Antigene für Bacteriolysine und Agglutinine in Lösung gingen, während die giftige Endotoxine erst bei einer nachfolgenden Autolyse in Freiheit gesetzt würden. Deshalb empfehlen sie eine schonende Behandlung der Bacterien mit dest. Wasser und baldige nachherige Abfiltrierung der in Lösung gegangenen Antigene von den Bacillenleibern durch keimdichte Filter. Mayer erzielte mit dieser Methode einen hohen bactericiden Titer für Cholera.

Klebs und Wassermann immunisierten mit Vibrionenextracten, sie hatten das Bestreben, das immunisierende Princip aus den Zellenleibern zu gewinnen.

Heller und Schmitz haben mittels chemischer Reagenzien aus den Bacterienleibern einen Körper dargestellt der nach seinen Eiweissreactionen zu den Nucleoproteiden gehört und Choleranucleoproteid genannt wurde. Dieser Impfstoff ist in seiner Darstellung schwierig, in seiner Anwendung unzweckmässig, in seiner Wirkung zweifelhaft und seine Giftigkeit ist eine sehr hohe, so dass das Verfahren gegenüber der Kolleschen absolut gefahrlosen und dabei sicher immunisierenden Methode nur Nachteile aufweist.

Zum Schluss will ich noch eines Verfahrens Erwähnung tun, welches darauf hinzielt, eine locale Immunität zu erreichen. Untersuchungen von Kraus, Löffler, Wassermann und Citron weisen darauf hin, dass auch einer localen Immunität für den Schutz, unabhängig vom Titer, eine gewisse Bedeutung zuzukommen scheine. Friedberger meint allerdings, dass es kaum jemals gelingen dürfte gerade bei Typhus und Cholera eine Lösung dieser Frage herbeizuführen, „bei der Unmöglichkeit, wegen der Unempfänglichkeit von Tieren (vielleicht mit Ausnahme der anthropoiden Affen) gegenüber diesen Infectionen das Tierexperiment heranzuziehen". Von Interesse scheint mir daher ein Selbstversuch zu sein, dem sich zwei russische Aerzte

im Jahre 1893 unterzogen haben; Sawtschenko und Sabolotnyj nahmen per os im Verlauf von 28 Tagen täglich eine bestimmte Menge abgetöteter Choleracultur, mit 0,838 g. beginnend, stiegen sie allmählich bis zu 1,398 g. trockener Bacterien. Hierauf schluckten sie 0,1 ccm. lebender virulenter Cholerabouillon, ohne irgend welche schlimme Folgen zu beobachten.

Literatur.

Aschoff. Ehrlichs Seitenkettentheorie und ihre Anwendung auf die künstlichen Immunisierungsprocesse. Fischer, Jena, 1902. Dieudonné. Schutzimpfung und Serumtherapie. Zusammenfassende Uebersicht über die Immunitätslehre. Barth, Leipzig, 1900. Friedberger. Die Methoden der Schutzimpfung gegen Typhus, Darstellung der Impfstoffe. Handb. d. Technik u. Methodik der Immunitätsforschung. 1. Bd., 1907. Friedberger. Die Methoden der Schutzimpfung gegen Cholera, Darstellung der Impfstoffe. Ibidem. Хавкинъ. Предохранительныя прививки (холерачума). Докладъ лондонскому королевскому собранію. Перев. съ английск. Ротмана. Харьковъ, 1899. Златогоровъ. О предохранительныхъ прививкахъ противъ холеры. 3-ье изд. С.-Петербургъ, 1908.

Referate.

Dr. K. Schultze. Beitrag zur Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren. (Münchener med. Wochenschrift, 1908, Nr. 43).

Verfasser berichtet über die Erfahrungen, die an der Berliner chirurgischen Klinik (Prof. Bier) an 12 Fällen von malignen Tumoren mit der von Keating-Hart erfundenen Methode gemacht wurden. Die Länge der kräftig einschlagenden Funkenbüschel betrug etwa 10 cm. Nach längerer Einwirkung der Funkenstrahlen bekamen die Wunden ein speckiges, mattglänzendes Aussehen, stellenweise leichten Brandschorf. Die mit aseptischem Verbandstoff bedeckten Wunden zeigten eine sehr reichliche Secretion und sehr rasche, schöne Granulationsbildung. Die Granulationsflächen verkleinerten sich rasch und zeigten Tendenz zur Narbenbildung. Die Wundschmerzen nach der Fulguration waren stets sehr unbedeutend. Das Allgemeinbefinden wurde zunächst günstig beeinflusst. Aber der weitere Verlauf zeigte leider, dass die Maliginität des Carcinoms unbeeinflusst blieb. Trotz möglichst radicaler Ausräumung und langdauernder Fulguration wurde der bösartige Charakter der Geschwulst nicht gemildert. Von Heilung war keine Rede. Unaufhaltsam schritt nach anfänglicher Besserung der Process weiter, in einzelnen Fällen so rapide, dass es den Eindruck machte, als ob durch die Fulguration direct eine beschleunigte Metastasenbildung bewirkt worden sei.

Weyert.

L. Berthenson. Германскій Законъ объ охранѣ источниковъ. (Das deutsche Gesetz zum Schutz der Quellen, ins Russische übersetzt.)

Es ist eine dankenswerte Mühe, der sich der bekannte Kenner der Heilquellen Russlands unterzog, indem er das Deutsche Quellenschutzgesetz, das im März dieses Jahres vom Landtag und Herrenhaus angenommen ist, dem russischen Publicum durch eine genaue Uebersetzung zugänglich machte. Leider besteht in Russland, das von der Natur so reich mit Mineral- und Thermalquellen bedacht ist, bis heute kein Gesetz, durch welches die Erhaltung derselben gesichert wird, und ein jeder, der mit dem Stande der Hydrologie in Russland einigermassen vertraut ist, weiss, wie indolent ja zuweilen sogar direct frevelhaft das Verhalten den Quellen gegenüber seitens der grossen Masse und zuweilen auch seitens derjenigen, die für ihre Instandhaltung zu sorgen haben, ist. Durch das genannte Gesetz wird vor allen Dingen der Begriff der allgemeinnützlichen Quellen festgestellt, dann der Kreis bestimmt, auf den sich das Quellenschutzgesetz erstreckt, und alle Massnahmen angegeben, die zur Nutzbarmachung und Erhaltung der Quellen dienen. Ferner wird der Schutz der Quellen vor Arbeiten, die zu einer Veränderung derselben führen können, normiert und weiter die Bedingungen angeführt, unter welchen einem Privatbesitzer einer Quelle das Eigentumsrecht darauf von der Regierung entzogen werden kann. Den Schluss bildet eine Schilderung der Nutzniessungsrechte der Quellen und eine Angabe des Strafmasses für verschiedene Uebertretungen des Quellenschutzgesetzes. Es wäre sehr zu wünschen, dass Dr. Berthensons Mühe nicht umsonst gewesen wäre und dass diejenigen, die für die Erhaltung und Ausnutzung der natürlichen Reichtümer des Landes zu sorgen haben, auf dieses jetzt allen zugängliche Gesetz aufmerksam würden. Es soll damit nicht gesagt sein, dass das deutsche Gesetz unverändert in Russland eingeführt werden müsste, aber die Kenntnisnahme desselben sollte einen Stimulus bilden zur einer ähnlichen Gesetzesvorlage in unserer Reichsduma, wobei die in anderen Culturstaaten festgelegten Normen mutatis mutandis wohl verwertet werden könnten.

F. Dörbeck.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung, unter Mitwirkung von Fachgenossen herausgegeben von Dr. Wolfgang Weichardt. II. Band. Bericht über das Jahr 1906. Stuttgart. Verlag v. Ferdinand Enke. 1908.

Es ist eine erfreuliche Tatsache, dass das von Weichardt im vorigen Jahre begonnene Werk, wie er selbst festzustellen in der Lage ist, eine überaus freundliche Aufnahme gefunden hat. Diese Tatsache beweist einerseits, dass das Interesse für die Ergebnisse der Immunitätsforschung in immer weitere Kreise eindringt, und andererseits, dass der Herausgeber es verstanden hat, in seinem Jahresbericht den Bedürfnissen seiner Interessenten gerecht zu werden. Nicht zum wenigsten mag auch das schnelle Erscheinen des Berichtes zu seinem Erfolge beitragen. Der 2. Band ist pünctlich zur Ausgabe gelangt — ein Vorzug, dem ein Jeder gern diese oder jene Unvollständigkeit in der Berichterstattung zu Gute halten wird.

Die Anordnung und Behandlung des Berichtsmateriales ist im Wesentlichen dieselbe geblieben wie im Vorjahre, nur ist der Referatenteil um das Doppelte gewachsen, während in der einleitenden «allgemeinen Uebersicht», sowie in der abschliessenden «Zusammenfassung» der Herausgeber sich äusserster Knappheit befleissigt hat. Als dankenswerte Neuerung haben wir die Aufnahme zweier zusammenfassender Capitel über Specialgebiete zu begrüssen. Es sind dies: «Die Beziehungen der Immunitätsforschung zur Lehre von den Geschwülsten» den Dr. G. Schöne und Ueber «Opsonine» von Privatdocent Dr. W. Rosenthal. Die Bereicherung des Referatenteiles ist z. T. darauf zurückzuführen, dass nicht nur die Zahl der Autoreferate zugenommen hat, sondern dass es auch dem Herausgeber gelungen ist, sich die Mithilfe berufener Fachgenossen zu erwerben. Ausser den bereits genannten Herren finden wir die Namen Trommsdorff, Landsteiner, Gaethgens, Axel Holst, Segale, Jungklaus, Stadlinger, Poda auf der Liste der Mitarbeiter.

Es ist unschwer dem von Weichardt mit so viel Energie geführten Werke eine glänzende Zukunft vorauszusagen. Mit wachsendem Umfange des Jahresberichtes wird der Herausgeber sicherlich auch dem practischen Bedürfnis seiner Leser durch grössere Detaillierung des Sachregisters Rechnung tragen.

Wladimiroff.

Ullmann: Physikalische Therapie der Geschlechtskrankheiten. F. Enke. Stuttgart. Preis 5 M.

Das vorliegende Werk stellt sowohl der Belesenheit wie dem kritischen Sichtungsvermögen seines Autors ein glänzendes Zeugnis aus. Sämtliche neuen Errungenschaften der wissenschaftlichen Forschung und Technik, von Priessnitz an bis auf die letzten Jahre, finden ihre Berücksichtigung und, soweit nötig, auch eingehende Schilderung ihrer Anwendung. Eingeteilt ist das Buch nach den Krankheiten, acute Gonorrhoe und Complicationen, chronische Gonorrhoe, Urethritis non gonorrh., Postgonorrhoische Zustände, Ulcus vener. und Folgezustände, andere Genitalerkrankungen und Syphilis. Bei allen Leiden findet neben der Darstellung der üblichen Behandlungsmethoden eine eingehende Berücksichtigung sämtlicher einschlägiger physikalischer Heilfactoren in ihrer physiologischen Begründung statt, ihre Bedeutung für den Heilungsprocess wird beleuchtet und häufig auch die Grenzen ihres Indicationsgebietes gezogen. Im Rahmen eines Referates auf den Inhalt dieses reichen und kritikvollen Buches einzugehen verbietet sich von selbst — es sei daher seine Lectüre wärmstens empfohlen.

Wichert.

Mraček: Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten. (Lehmanns medic. Handatlanten. Bd. VI). II. Aufl. Preis Mk. 16.

Die vorliegende neue Aufl. des bekannten Atlas ist nach dem Tode des Verf. von Dr. Schirmer durchgesehen und herausgegeben worden. Sie enthält gegenüber der ersten eine bedeutend grössere Zahl von Bildern und hat auch was den Text betrifft eine nicht unwesentliche Zunahme erfahren. Auf 71 grösstenteils farbigen Tafeln sind fast alle häufiger vorkommenden Erkrankungsformen in geradezu mustergiltiger Weise wiedergegeben, häufig in geradezu verblüffender Naturtreue. Der Text gibt auf 203 Seiten einen kurzen Abriss der Syphilis und vener. Erkrankungen. Ausstattung, Druck etc. befriedigen die grössten Erwartungen.

Wichert.

Jessner: Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe beim Manne. Würzburg. C. Kabitzsch. (A. Stuber). Preis 3 M.

Für den Practiker bestimmt bietet das kleine Büchlein auf 160 Seiten in kurzer, leichtfasslicher Form geschrieben, die neuesten Anschauungen über Wesen und Behandlung des Trippers. Der grössere Teil ist den anatomischen Besprechungen, diagnostischen und symptomatologischen Erörterungen u. s. w. gewidmet, der Rest der Therapie. Hervorgehoben zu werden verdient, dass der Verf. im Gegensatz zu der bei Compendien etc. häufig beliebten blossen Aufzählung und Anführung von Heilmitteln und Heilverfahren die wichtigsten der letzteren genau schildert und beschreibt — sicher ist dadurch manchem Arzt, der nicht Gelegenheit gehabt hatte die eine oder andere gangbare Methode der Gonorrhoebehandlung practisch kennen zu lernen, ein grosser Dienst erwiesen.

Wichert.

Leser: Specielle Chirurgie in 60 Vorlesungen. VIII. Aufl. Preis 24 M. — Allgemeine Chirurgie in 50 Vorlesungen. II. Aufl. Fischer. Jena.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage der spec. Chirurgie im Jahre 1890 ist in jedem 2. Jahre eine Neuauflage nötig geworden, während die allg. Chir. in 3 Jahren die II. Aufl. erblickt. Für die Brauchbarkeit von Lehrbüchern sind solche Ziffern von wesentlicher Bedeutung, weil sie direct proportional dem Bedürfnis danach sind. In 60 und 50 Vorlesungen findet das gewaltige Gebiet der Chirurgie seine Besprechung, kurz, klar und übersichtlich. Wesentlich für den Studierenden berechnet, finden wir in ihnen das Eingehen auf noch strittige Fragen vermieden, während alle neueren Anschauungen, soweit sie sich allgemeine Anerkennung errungen, eingehende Berücksichtigung finden.

Möge das Werk in der neuen Auflage zu seinen bisherigen Freunden viele neue hinzugewinnen.

Wichert.

De Keating-Hart: Die Behandlung des Krebses mittelst Fulguration, übersetzt von E. Schümann. Leipzig, Akademische Verlagsgesellschaft. 1908.

Die Fulguration ist eine «electro-chirurgische Methode der Krebsbehandlung». Es handelt sich darum, auf instrumentelle Weise die Geschwulstmassen zu entfernen und die therapeutische Wirkung der Electricität zur Geltung kommen zu lassen. Verf. beschreibt seinen Apparat, dessen Schilderung in diesem Referat nicht Platz finden kann. Die Methode des Verf. besteht darin, dass er vor Entfernung der krebsigen Massen, eventuell nach Freilegung, die Blitzbehandlung in Anwendung bringt. Der elektrische Funken besitzt eine grosse vasoconstrictorische Kraft, die Blutung ist nachher infolge dessen geringer. Weiterhin ist der Funken im Stande, die Dichtigkeit der Geschwulstmassen zu verändern: es wird die Auffindung der trennenden Fläche zwischen gesundem und krankem Gewebe erleichtert. Dann folgt die chirurgische Behandlung mit Messer, Schere und Curette und darauf die zweite «Beblitzung», welche die tiefer gelegenen Gewebe in Form eines Schorfes zur Abstossung bringen soll, daneben ist die blutstillende Wirkung in die Augen springend. In der Nähe von Darm, Blase, Ureteren etc. muss man die grösste Vorsicht walten lassen, weil ein heftiger Funkenschlag imstande ist, Hohlorgane zu eröffnen, auch kann eine Lochbildung bei der Schorfabstossung sich ereignen. Nach der Beblitzung erfolgt eine «gewaltige seröse, blutig gefärbte Absonderung», das Ausbleiben dieser ist unerwünscht und ruft hohes Fieber hervor. Drüsenpakete müssen ausgeräumt und ihre Wundhöhle der Fulguration unterzogen werden. Die Heilung nimmt längere Zeit in Anspruch als eine einfache Operationswunde. Der Einfluss der Funkenelectricität auf gesundes und krankes Gewebe unterliegt noch dem Studium, eine zerstörende Beeinflussung der Zellen ist unleugbar vorhanden, die oberflächlichen Schichten werden momentan zerstört, die tieferen werden in ihrer Lebensfähigkeit getroffen und gelangen später zur Abstossung. Ganz sicher ist das Geschwulstgewebe empfindlicher als Körpergewebe. Ausserdem kommt dem electrischen Funken eine vitalisierende Wirkung zu in dem Sinn, dass in dem Kampf zwischen Körper- und Geschwulstzellen sich das vitale Uebergewicht auf die Seite der Körperzellen neigt. (Anregung der Lymphocytose?) Der Dauererfolg ist ein verschiedener, doch verfügt Verf. über Fälle, die Jahre lang recidivfrei blieben, andere zeigten nach längerer Zeit Knotenbildung. Verf. hat in mehreren Fällen die Fulguration wiederholt. In Angriff genommen wurden Carcinome der Brust, des Rectums, des Gesichtes, der Zunge, des Uterus, wie mehrere Krankengeschichten illustrieren. Bei der Durchsicht der letzteren hat man den Eindruck, dass der chirurgische Eingriff verbunden mit der Fulguration mehr leistet, als dieser allein; die dem Messer nicht zugänglichen Recidive schwinden oft nach der Fulguration.

Lingen.

Zeitschrift für gynäcologische Urologie, herausgegeben von W. Stöckel. Band I., Heft 1. Verlag von J. A. Barth. Leipzig.

Es ist ein grosses Verdienst von Stöckel, einem gewiegten Kenner der gynäcologischen Urologie und Meister der Cystoscopie, sich an die Herausgabe einer Zeitschrift für gynäcologische Urologie zu machen. Die Cystoscopie gewinnt für die Gynäcologie eine immer grössere Bedeutung, und es ist für den Frauenarzt von grossem Wert in einer speciell für dieses Gebiet bestimmten Zeitschrift in Zukunft Alles concentriert zu finden, während bisher diesbezügliche Publicationen in allen möglichen Fachzeitschriften zerstreut waren. Das Erscheinen dieser Zeitschrift begegnet einem allseitigen Bedürfnis; Ref. ist überzeugt, dass diese je nachdem zu Gebote stehenden Material in Einzelheften erscheinende Zeitschrift eine grosse Verbreitung auch über die Grenzen Deutschlands finden wird.

Stöckel richtet ein kurezs Vorwort an seine Mitarbeiter und Leser. Alsdann enthält das erste Heft 6 kurze Aufsätze.

Franz bespricht «die Schädigungen des Harnapparates nach abdominalen Uteruscarcinomoperationen». Als Basis dienen ihm 123 Fälle, an der Hand derer er feststellt, dass nur in 35 Fällen die postoperative Cystitis fehlte. Der Grund dafür «liegt in dem Wesen der Operation», in der Veränderung der Ernährung der Blasenwand, der Katheter trägt keine Schuld. F. hat unter diesem Material 18 Blasenscheidenfisteln entweder durch Necrose der Blasenwand oder Insufficienz der Naht (von 15 genähten Verletzungen ist nur eine geheilt) entstanden gesehen; dazu kommen noch 7 Ureterfisteln. Baisch («Blasenblutungen bei Retroflexio uteri gravidi incarcerata») beschreibt das cystoscopische Bild, das durch Erweiterung der Gefässe und bullöses Oedem gekennzeichnet ist. Mirabeau's Thema lautet: «Ueber den Zusammenhang der intermittierenden Hydronephrose mit Genitalleiden bei Frauen.» M. teilt mehrere Krankengeschichten mit: in einem Fall war eine Compression des Ureters durch eine exsudative Parametritis entstanden, häufiger tragen Verlagerungen und Senkungen der Gebärmutter die Schuld. Henkel berichtet in seinem Aufsatz: «Zur Behandlung der chronischen Cysto-Pyelitis» über Behandlungsversuche der chronischen Cystitis mit sterilem Rinderblutserum ohne sichtbaren Erfolg und mit 5% Chininalkohollösung. Stökkel spricht an der Hand mehrerer beobachteter Fälle in seiner Arbeit «Zur Diagnose und Therapie der Schwangerschaftspyelitis» in bezug auf die Aetiologie sich dahin aus, dass es sich fast immer um eine ascendierende Infection handelt. Die Diagnose macht oft grosse Schwierigkeiten, die Behandlung besteht in schwierigen Fällen in Ausspülungen des Nierenbeckens mit 1 pCt. Collargollösung. Den Schluss des ersten Heftes bildet ein Aufsatz von Knorr «Ueber den gegenwärtigen Stand der Nierendiagnostik.» In Zukunft sollen auch Referate aus anderen Zeitschriften Raum finden.

Wir sehen, dass es der Zeitschrift an guten Mitarbeitern und interessantem Material nicht fehlt.

Lingen.

Franz Xaver Rötzer. Uebungsbuch für Schwerhörige und Ertaubte. Das Ablesen vom Munde. Mit 16 Lauttafeln. München u. Berlin. Druck u. Verlag von R. Oldenburg. 1908. Preis 1,50 Mark.

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, den Schwerhörigen und Spätertaubten, von denen bekanntlich Viele mit der Zeit von

selbst die Fähigkeit erlangen, das Gesprochene vom Munde mehr oder weniger vollständig abzulesen, ein systematisches Erlernen dieser Kunst zu ermöglichen.

Nach einer kurzen, leichtverständlichen Beschreibung der Lautbildung mit Angabe der Zungenlage, Mundöffnung, Lippenstellung u. s. w. beim Aussprechen der verschiedenen Vokale wie Consonanten, macht R. auf die Aehnlichkeit der Mundbilder bei den verschiedenen Lauten und Lautverbindungen aufmerksam und deutet auf die dadurch bedingte leichte Verwechselung von Worten beim Ablesen hin, bespricht die Beeinflussung des Mundbildes durch die Verbindung der Vocale mit dem einen oder anderen Consonanten und geht dann zu den eigentlichen Uebungen über. Diese bestehen aus 6 Vorübungen und ebensovielen Gruppen von Uebungen. Letztere bieten in einer Reihe von Tabellen eine sehr zweckentsprechende Zusammenstellung von einsilbigen Wörtern mit ähnlichen An- und Auslauten, an denen der Lernende, vom Leichten allmählich zum Schwierigeren übergehend, Schritt für Schritt die Kunst des Ablesens vom Munde des Lehrers sich aneignen und bei gutem Fleiss und genügender Ausdauer es in dieser Hinsicht sicher zu einem bedeutenden Grad von Vollkommenheit bringen kann. Zum Schluss gibt Verf. eine Reihe von Uebungen mit Wortverbindungen und zusammengesetzten Wörtern.

Die 16 dem Uebungsbuch beigefügten Lauttafeln (dem kgl. Centraltaubstummeninstitut München entnommen) veranschaulichen die Mund- u. Zungenstellung, sowie die Lippenform u. den Gesichtsausdruck beim Aussprechen der einzelnen Laute.

Das Büchlein sei jedem Schwerhörigen und Ertaubten empfohlen, der Zeit und Mühe nicht scheut, um das Ablesen vom Munde gründlich zu erlernen. Für Intelligentere ist das Uebungsbuch auch zum Selbstunterricht sehr geeignet, indem an der Hand desselben mit Hilfe des Spiegels die eigenen Mundbewegungen beim Aussprechen der angegebenen Wörter zu beobachten sind.

W. Dörbeck.

Protocolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung vom 30. September 1908.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

Dobbert. Der verstärkte Wundschutz im Lichte einer Reihe von 500 Laparatomien (erscheint im Druck).

Discussion:

Schrenck hat zwar kein so grosses Material wie der Vortragende, schliesst sich aber demselben auf Grund seiner Erfahrungen am Material des Evangelischen Hospitals an. Das Wesen der Aseptik muss in der Abstinenz liegen. Die Mortalität an Sepsis betrug bei ihm in etwa 100 Fällen 0 Procent, wenig schlechter steht es auch mit der Morbidität. Grosses Gewicht ist auf die Schnittführung zu legen; hier gebührt dem suprasymphytären Querschnitt entschieden der Vorzug. Ferner muss man auf das Nahtmaterial grosses Gewicht legen. Schrenck gebraucht Jodcatgut bei allen versenkten Nähten, die Haut näht er mit Alluminiumdraht.

Beckmann braucht Gummihandschuhe nur bei schmutzigen Operationen, ein grosser Nachteil derselben ist die leichte Zerreissbarkeit; bei Untersuchungen aber sind sie von grossem Nutzen. Ob dem Gaudanin besondere Vorzüge vor der Jodtinctur zukommen, dürfte fraglich sein. Dobberts Ausführungen sind durch die geringe Sterblichkeit von nur 1% beweisend. Auf dem bisher eingeschlagenen Wege kann man kaum noch bessere Erfolge erwarten, es muss nunmehr das Hauptgewicht auf das Studium am Kranken verlegt werden, indem sicherlich Individualität, Empfindlichkeit, und eine Reihe subjectiver Momente mit hineinspielen. Es sind auch schon Versuche gemacht worden in dieser Richtung vorzudringen durch Hervorrufen einer Leucocytose, Eingiessungen u. s. w., doch befindet man sich hier erst in den Anfängen.

Fick hat den verstärkten Wundschutz bei reinen Operationen nicht in Anwendung gezogen. Er operiert eitrige Fälle in Gummihandschuhen. Ein grosses Gewicht legt er auf häufiges Spülen der Hände während der Operation. Nach Einführung dieses Princips sind Ligatureiterungen, die früher gelegentlich vorkamen, fast vollkommen ausgeblieben. So sind die letzten ca 100 Hernienoperationen nach Bassini, bei denen Eiterung relativ leicht eintritt, ganz glatt verlaufen.

Blessig. Auch in der Augenchirurgie wurde bei Operationen von einigen die Mundbinde eingeführt, dann aber wieder verworfen. Die Gefahren einer Tröpfcheninfection sind, wie Untersuchungen ergeben haben, nur gering. Auch in der Augenchirurgie scheint in der Frage des Wundschutzes die Grenze des Möglichen erreicht zu sein. Auch hier kommt es viel auf die Technik an, d. h. auf ein glattes und rasches Operieren.

Hesse schliesst aus dem von ihm an auswärtigen Kliniken Gehörten, dass die Mortalität, wie die Morbidität nach Einführung des verstärkten Wundschutzes geringer geworden sind. Auch Zeidler operiert reine Fälle ohne Gummihandschuhe; eitrige in Handschuhen.

Dobbert hat über das Jodcatgut keine Erfahrung, es wundert ihn, dass Schrenk die Fascie mit Jodcatgut näht, Cumalcatgut, das Dobbert gebraucht, hält da nicht. Ob das Gaudanin in der Tat mehr vermag als Jodtinctur allein ist fraglich, man hat aber beim Gaudanin das beruhigende Gefühl noch etwas mehr getan zu haben. In der Chirurgie genügt ja Seide gewiss. Bei gynäcologischen Operationen aber traten früher beim Gebrauch von Seide Eiterungen in den Ligaturen der Stümpfe auf. Was die Angaben Hesses bezüglich der Mortalität nach Einführung des verstärkten Wundschutzes betrifft, so verweist er noch einmal auf seine Zahlenangaben im Vortrag.

Schrenck hat keine Erfahrungen mit Cumalcatgut; er ist mit Jodcatgut zufrieden. Vielleicht, dass letzteres zu langsam resorbiert wird.

Fick gebraucht Seide nur für versenkte Nähte. Die Haut näht er mit Silkworm.

Beckmann. Die Nähte der Fascie gehen bisweilen auf, auch wenn Bronzedraht verwendet wird.

Dobbert legt die Bronzenaht durch die Haut und Fascie an

Hausmann spricht über die therapeutische Verwendung von pyrogenen Mitteln bei der Cholera asiatica (In Nr. 42 der St. Pet. Med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

Fuhrmann fragt, ob das Pepton subcutan oder intravenös injiciert wurde.

Moritz. Der Widerspruch zwischen den Angaben Federns und dem Befunde Hausmanns bei der Bestimmung des Blutdrucks ist nur ein scheinbarer. Im algiden Zustand ist der Blutdruck natürlich herabgesetzt—im Gegensatz zum späteren Intoxicationsstadium, wo der Blutdruck sich wie bei der Urämie verhält, d. h. erhöht ist.

Andersen gedenkt eines Falles seiner Praxis aus der Choleraepidemie von 1893, wo ein Erysipelkranker an Cholera erkrankte, das Erysipel stand während der Cholera, um mit der Genesung von letzterer wieder einzusetzen, es liegt der Gedanke nahe, dass im Blute Cholerakranker circulierende pyrogene Substanzen ihre Wirkung versagen.

Hecker. Die Pyocyanase muss subcutan angewandt werden, da sie beim innerlichen Gebrauch kaum Temperatursteigerungen hervorzurufen vermag.

Petersen. Der Gärtnersche Apparat gibt genau so zuverlässige Zahlen wie das Sphygmometer von Basch.

Fuhrmann. Im algiden Zustand müsste den Cholerakranken jegliche Injection intravenös gemacht werden. Theoretisch lässt sich von subcutanen Injectionen nicht viel erwarten.

Kallmeyer: Während die Erforschung der Biologie des Cholerabacillus grosse Fortschritte gemacht hat, ist man in der Therapie kaum vorwärts gelangt. Noch immer wird das Calomel angewandt, seit den 60 Jahren des vorigen Jahrhunderts häufig in grossen Dosen. Diese setzen aber oft Quecksilbervergiftungen und bringen wenig Nutzen. Wenn überhaupt — so sollte das Calomel in kleinen Gaben von 0,03—0,05 3 Mal am Tage im Laufe von 1—2 Tagen verordnet werden. Lieber aber gebe man 1—2 Esslöffel voll Ricinus im Beginne der Erkrankung. Stets sollte im Auge behalten werden, dass die Cholera nie mit Erbrechen beginnt, sonder das solches sich an schon vorhandene Durchfälle anschliesst. Auch in der Prophylaxe ist man erheblich vorgeschritten, durch die Schutzimpfungen, für die Kallmeyer eintritt. Ueberhaupt aber zeichnet sich die Cholera vor den anderen Infectionskrankheiten dadurch aus, dass man sich durch peinliche Reinlichkeit und Vorsicht in der Tat vor einer Erkrankung bewahren kann.

Blessig weist darauf hin, dass Kraus-Berlin und Madsen-Kopenhagen im Deutschen ärztlichen Verein auf Grund Ihrer Erfahrungen auch für intravenöse Injectionen eintraten weil die Resorption aus dem subcutanen Gewebe gering ist. Uebrigens soll die Impfung in der ersten Zeit die Empfänglichkeit steigern. Dazwischen sind auch erhebliche Beschwerden beobachtet worden. Blessig fragt, ob bolus alba und ob Schwitzbad angewandt worden sei.

Schrenck weist auf die Notwendigkeit von intravenösen Injectionen hin. Durch die Schutzimpfungen wird zahlenmässig sowohl die Mortalität als auch die Morbidität bedeutend herabgesetzt.

Wichert hat in einem Falle von bolus alba gar keinen Erfolg gesehen.

Hecker. Im Elisabethhospital ist das Schwitzbad ausgiebig mit bestem Erfolg angewandt worden.

Hausmann. Federn hat nicht nur im urämischen Zustand Blutdrucksteigerung beobachtet. Die Pyocyanase verdient auch innerlich angewandt zu werden. Prompt wirkt allerdings nur die intravenöse Injection. Prophylactisch kommt ausser dem Serum noch die Salzsäure in Betracht.

Sitzung vom 14. October 1908.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

1) Neumann spricht über die Mechanik des Hörens. (Wird im Druck erscheinen).

Discussion.

Blessig: Der Ausdruck «Accomodation» des Trommelfells ist nicht glücklich gewählt, da man durch denselben verleitet wird, an eine Analogie mit der Accomodation des Auges zu denken, eine solche besteht aber nicht, da ja das Trommelfell nur einen Schutz gegen zu starke Wirkungen darstellt, analog der Blende (Iris) im optischen Apparat.

Neumann glaubt, dass der Ausdruck doch ziemlich irrelevant sei.

2. Hesse: Ueber die schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen auf Aerzte und Patienten (In Nr. 51 der St. Petersb. med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

von Ungern-Sternberg: Grawitz hat in vitro Blutserum durchleuchtet, dasselbe hat dann die Leucocyten aufgelöst.

Petersen fragt, ob die Gefahr nicht etwas übertrieben werde, und führt einige Fälle an, in denen zwar eine Schädigung durch Röntgenstrahlen scheinbar entstand, die Fälle waren aber nicht ganz einwandsfrei, da in dem einen die entstandene Necrose z. B. ebensogut auf eine bestehende Bleivergiftung zurückgeführt werden konnte. Petersen und Bormann haben in einer Reihe von Fällen, z. B. bei Ulcus rodens, bei Trichophytien, bei Enthaarungen gute Resultate gesehen, ohne jede Nebenwirkung. Es kommt eben auf genaue Dosierung der Bestrahlung an.

Fick hat einen Fall von Röntgendermatitis beobachtet. Es handelte sich um eine sehr hartnäckige Dermatitis bei einem kleinen Jungen, dessen Abdomen ein einziges Mal wegen einer verschluckten Münze durchleuchtet worden war. Fick spricht die Vermutung aus, dass die Schädigungen durch Röntgenstrahlen bei kurzer Beleuchtungsdauer nur passagerer Natur sind, so dass der Organismus, falls er nicht zu häufig der Schädlichkeit ausgesetzt wird, die Möglichkeit hat, die genannten Schädlichkeiten zu eliminieren.

Dobbert fragt, ob ein Einfluss der Röntgenstrahlen auf Fibrome des Uterus in der Literatur bekannt sei, und ob nicht Hautschädigungen bei dieser Therapie beobachtet worden wären.

Wanach: Neuerdings ist die Gefahr für die Patienten herabgesetzt, da die Expositionsdauer erheblich verkürzt ist. Wanach berichtet über einen Fall, wo nach 2 maliger 10 Minuten langer Belichtung des Kopfes bei einem Studenten alles Haar der belichteten Seite ausfiel. Wanach meint, dass in den Fällen, wo die Schädigung erst nach vielen Monaten auftrat eventuell andere Erklärungen herangezogen werden müssten. Sonst tritt ja die Dermatitis gewöhnlich 8 bis 10 Tage nach der Belichtung auf.

Blessig hat über Augenschädigung durch Röntgenstrahlen keine eigenen Erfahrungen. Birch-Hirschfeld u. A. haben conjunctivale und retinale Veränderungen beschrieben, die den nach electrischer Bestrahlung vorkommender analog sind. Dabei sollen Gefässveränderungen das wesentliche sein. Wenn die Linse bei Föten nach Bestrahlung der Mutter getrübt wird (v. Hippel) so mag das auf indirectem Wege geschehen, durch Entwickelungshemmung, so dass der in diesen Fällen beobachtete Schichtstaar wohl nicht durch directe photochemische Wirkung entsteht. Die bisher klinisch beobachteten Fälle von Starbildung sind nicht einwandsfrei, obwohl solche durch electrische und ultraviolette Bestrahlung wohl constatiert sind. Die Schädigungen der Retina ähnen solchen, die durch ultraviolette Strahlen erzeugt werden.

Petersen: Bei Hypertrichose leistet die Bestrahlung sehr gute Dienste. Bei unvorsichtiger Dosierung kann allerdings ein Haarschwund hervorgerufen werden, der irreparabel erscheint.

Blessig: Das sehr späte Auftreten erschwert in forensischer Beziehung die Beurteilung der Verantwortlichkeit.

Schiele fragt, ob das Resorcin häufig angewandt werde, das als gutes Mittel gegen die Röntgendermatitis empfohlen wird.

Hesse kann über den Gegensatz zwischen Kleinberger und Grawitz nichts aussagen.

Das Röntgenbild leidet durch den neuen Schirm nicht.

Foveau de Coumelles hat eine Schädigung der Haut bei der Fibrombehandlung beobachtet. Die Daten über Spätererscheinungen nach Röntgenbehandlung — nach 5 Monaten — finden sich in einer amerikanischen Arbeit. Ueber die Veränderungen der Linse wird in zwei Aufsätzen berichtet. Therapeutisch scheint die Unna'sche Salbe den Vorzug zu verdienen.

Sitzung vom 28. October 1908.

Vorsitzender: Blessig. Secretär: Fuhrmann.

1. Lange demonstriert einen Patienten mit geheilter tiefer Stichwunde der Lunge.

Patient wurde bewustlos, anämisch, — Radialpuls nicht fühlbar — kurze Zeit nach der Verletzung ins Obuchowhospital eingeliefert. In der Scapularlinie rechts Höhe der IX. Rippe Stichwunde. Hautemphysem. Resection d. IX. Rippe. Eröffnung und Säuberung der Pleurahöhle von reichlichem, flüssigem Blut und Coagulis. Lunge collabiert, in derselben schwach blutende Stichwunde. Beim Vorziehen der Lunge in die Thoraxwunde erfolgt sehr starke Blutung. Völlige Exteriorisation der Lungenwunde, Tamponade der 12—14 cm. tiefen Lungenwunde. Am nächsten Tage blutiges Sputum. Tamponwechsel am 7 Tage, retrograde Atmung. Bronchialfistel schliesst sich am 13. Tage. In der Umgebung der Wunde vom 2. Tage an Dämpfung und Bronchialatmen bei Temperatur von 37.—37.9°. Traumatische Pneumonie. Am 15. Tage t°. 40. Serös eitrige Pleuritis, Streptococcenreincultur. Resection der VI. Rippe, rechts Axillarlinie. Temperaturabfall, Reconvalescenz.—Entlassen nach 2 Monaten mit kurzem Fistelgang.

Die Fistel schloss sich spontan nach weiteren 4 Monaten. Jetzt 1 Jahr nach der Verletzung ist P. gesund und arbeitsfähig. Rechte Lunge beweglich, überall normales Atmungsgeräusch. Beim Husten wölbt sich die Narbe vor.

(Autoreferat).

2. Petersen und Bormann (als Gast) demonstrieren eine Reihe von Patienten, die wegen verschiedener Leiden, wie Trichophytien, (zwecks Epilation), Lupus, Fibrom der Zunge mit Röntgenstrahlen verschiedentlich bestrahlt wurden mit ausgezeichnetem Erfolg und ohne jede schädliche Nebenwirkung. Ausserdem demonstriert Bormann den Bellotschen Schutzapparat gegen die nicht gewünschte Bestrahlung des Arztes.

3. Spricht Kreps «Zur Pathologie und Therapie der Anurie». (Erscheint im Druck).

Discussion:

Wichert: Die Ausführungen des Vortragenden sind sehr interessant, besonders der Fall, wo bei einer Pyelitis auf der einen Seite, die andere Niere auch nicht intact war. Hier waren die Spülungen jedenfalls von sehr grossem Wert.

Blessig fragt, welche Lösungen zu den Spülungen in Anwendung gelangen.

Kreps: Zunächst wird Hydrargyrum oxycyanatum zur mechanischen Einwirkung angewandt, therapeutisch wird dann später mit Lapis gespült. Und zwar werden die Spülungen jetzt im ausgedehntesten Masse bei jeder Art von Pyelitis auch bei calculus angewandt.

Hecker fragt, wie stark die Höllensteinlösung angewandt wird?

Kreps verwendet 1 pCt Lösungen, Albaran aber z. B. 2 pCt.

4. Germann berichtet über den Tuberculose-Congress in Washington (Der Bericht ist in Nr. 45 der Petersb. Med. Wochenschr. erschienen).

Sitzung vom 11. November 1908.

Vorsitzender: Blessig. Secretär Fuhrmann.

1. Hesse demonstriert zwei Patienten mit Myositis ossificans circumscripta.

2. Wichert spricht «Ueber die operative Behandlung der Prostatitis». (Wird in der St. Pet. Med. Wochenschr. erscheinen.)

Discussion:

Schiele begrüsst mit Freuden die neue Methode, teilt aber nicht den Pessimismus von Wichert gegenüber der Behandlung mit Massage und Spülungen, die doch auch zur Heilung führen können, und fragt ob die Operation auch dort auszuführen sei, wo es sich um viele kleine Abscesse handelt. In einem seiner Fällen hätte er mit Massage kürzlich Besserung erzielt und erwarte bald die Heilung.

Strauch hat wenig Fälle gesehen, die sich so refractär gegen die Behandlung verhalten hätten, wie Wichert meint. Die Gefahr der Uebertragung der Infection durch steriles Secret werde übertrieben. Desgleichen werde auch die Gefahr der Sterilität der Frauen bei Erkrankungen der Ehemänner sehr übertrieben.

Fick meint, dass in der Prostata analog wie in der Mamma und der Parotis oft multiple kleine Eiterherde auftreten müssen, bei denen dann die Eröffnung der einzelnen Abscesse schwierig werden kann.

Kreps: Die Operation wird häufig vermieden, weil das Resultat doch zweifelhaft ist. Die Ausstrahlung der Schmerzen gibt oft zu Fehldiagnosen Veranlassung. Die Behandlung mit Massage gibt aber auch unsichere Resultate, da der Process häufig immer wieder auffiackert. Die Operation ist gut für solche Fälle, wo die Eiterung streng localisiert ist. Ferner fragt Kreps über wie lange Dauerresultate Wichert verfüge, und Schiele, woraufhin er die günstige Prognose gründe.

Wichert: Das längste Dauerresultat beträgt vorläufig ein Jahr. Grosse Einzelabscesse bilden eine absolute, multiple kleine Herde eine relative Indication zur Operation. Wie gross die Infectionsgefahr für die Ehefrauen sei, bilde zur Zeit noch eine Streitfrage.

Schiele erwidert Kreps, dass er den guten Ausgang in dem einen erwähnten Fall nach Analogie mit anderen Fällen erwarte.

3. Moritz berichtet «Ueber einen Fall von malignem Granulom.»

Auszug aus den Protocollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 1. Mai 1908.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Ischreyt stellt eine 16 jährige Patientin vor. An beiden Augen finden sich Reste einer Cataracta secundaria als Folge einer vor ungefähr 9 Jahren durch Dr. v. Jermerstädt ausgeführten Discission. Nach der Anamnese sollen die Augen vor 14 Jahren im Anschluss an Pocken erblindet sein. Das rechte Auge bietet einen merkwürdigen Befund: man sieht nämlich auf dem Boden der vorderen Kammer, im Kammerwinkel aussen und auf dem Pupillarteil der Iris unten in einem kleinen glatten, elfenbeinartigen Fremdkörper. Der grösste von ihnen ist der am Pupillenrand der Iris und misst ungefähr 2 mm. bei bogenförmiger Form. Dem Vortragenden scheint es am wahrscheinlichsten, dass es sich um Kalkconcremente als Reste einer durch die Discission zerstörten verkalkten Linse handelt. Das Auge ist völlig reizlos und unempfindlich, so dass keine Indication zur Extraction besteht. (Autoreferat.)

2. Alksne referiert über einen Fall von Otitis media und Mastoiditis, welcher mit doppelseitiger Erblindung endete, weshalb er die Diagnose auf Thrombosis des Sinus cavernosus stellte. W. Sch. 24 a. n. war 2 Wochen wegen Kopf- u. Augenschmerzen in's Lazarett des Wendenschen Regiments eingetreten, war daselbst als «Trachomkranker» behandelt und als gesund entlassen worden, doch hatte er schon am folgenden Tage eine Ohnmacht und wurde am 20. Dec. zum zweiten Mal aufgenommen und mit der Diagnose «Angina catarrhalis» behandelt. Geriet am 6. Januar in die Behandlung des Ref., der eitrigen Ausfluss aus dem rechten Gehörgang und Mastoiditis dextra constatierte. Das rechte Auge war fast ganz erblindet, die Sehschärfe des linken stark herabgesetzt. Dr. Frohberg er konstatierte beiderseitige Stauungspapille, namentl. rechts. Da keine andere Ursache für die Erblindung zu finden war, fasste Ref. den Zusammenhang der Erscheinungen in folgender Weise auf. Der Patient erkrankte an einer Otitis med., welche unbemerkt fortdauerte und eine Mastoiditis nach sich zog mit consecutiver Thrombose des Sinus sigmoideus. Die Thrombose pflanzte sich dann auf den Sinus cavernosus fort hier Stauung in den Venae ophtalmicae erzeugend und von rechts nach links fortschreitende Erblindung. Für Sinusthrombose sprachen: Stauungserscheinungen im Gebiet der Ven. jugul. ext. und des Emissar. mastoid. und das Fieber, obwohl es nicht pyämischen Charakter hatte, Stauungspapille und allmähliche Erblindung. Operation am 10. Januar. Typische Aufmeisselung des proc. mastoid, welcher weich war und Granulationen nebst Eiterpuncten enthielt, Freilegung des Sinus transversus, welcher straff gespannt war und nicht pulsierte. Die venöse Blutung im ganzen Operationsgebiet war sehr lebhaft. Die Punction des Sinus ergab flüssiges schwarzes Blut. Nach Abzapfung von Blut begann der Sinus zu pulsieren. Auf den Sinus cavernosus vorzudringen schien nicht ratsam der Infectionsgefahr wegen, ausserdem lag ein Schimmer von Hoffnung vor, dass die Blutentleerung die Circulationsverhältnisse im Gehirn vielleicht günstig beeinflussen und so die Stase oder schon bestehende blande Thrombose des Sinus cavernosus beseitigen könnte. Der Wundverlauf war gut, der Sinus transversus pulsierte noch einige Tage bis er sich mit Granulationen bedeckte. Das Fieber fiel sofort dauernd und Pat. hat seitdem normale Temp. gehabt. Das Sehen auf dem rechten Auge besserte sich garnicht, auf dem linken wurde es besser, die Kopfschmerzen hatten ganz aufgehört. Allein mit fortschreitender Benarbung der Wunde stellten sich wiederum Kopfschmerzen ein und haben den Pat. seitdem nicht mehr verlassen, Die Erblindung nahm ihren Fortgang und wurde beiderseits vollständig. Zu einer zweiten Operation war Pat. nicht zu bereden. Ref. stellt die Diagnose auf Thrombose des Sinus cavernos. aus folgenden Gründen: 1) die Erblindung begann rechts, wo das Ohr ohne sachgemässe Behandlung schon längere Zeit geeitert hatte. 2) Gegen Hirnabscess und Tumor sprechen die wenig ausgesprochenen Symptome von Hirndruck. Speciell scheint ihm ein Tumor unwahrscheinlich, denn es wäre zu rapides Waschstum vorauszusetzen. Schwerer ist hier schon ein Hirnabscess auszuschliessen.

Discussion.

Brehm hält die Diagnose doch für nicht genügend begründet, wenn hier eine Cavernosusthrombose vorgelegen habe, so müsse es jedenfalls keine septisch-inficierte gewesen sein, der Fall sei ja nicht gestorben, während die echte Cavernosusthrombose eine sehr infauste Prognose hätte. Sehr auffallend sei auch die Tatsache, das doch der Sinus sigmoideus, von dem aus doch der cavernosus inficiert wird, hier frei gewesen sei; dass infectiöses Material durch den Blutstrom in den S. cavernos. gelangt sei und erst hier sich festgesetzt habe ist auch nicht anzunehmen, denn die Richtung des venösen Blutstromes ist umgekehrt. Der Cavernosus werde doch in der Regel so inficiert, dass die Thrombosierung vom Sinus sigmoid. aus langsam fortkriecht. Er habe Gelegenheit gehabt einen solchen Fall zu sehen. Dr. Voss-Riga habe zuerst die typische Operation des Sinus sigmoid. ausgeführt und dann als die Thrombose auf den Sin. cavernos. übergriff, habe er versucht durch die Krönleinsche Operation den Cavernosus freizulegen und zu drainieren, was auch gelang, indessen ging der Patient doch an seiner Sepsis zugrunde, es ist nicht möglich durch die Tamponade das ganze complicierte Gebiet des Sin. cavernosus zu beherrschen.

Falk hält im vorliegenden Falle eine Thrombose des Cavernosus für nicht wahrscheinlich aus ähnlichen Gründen wie Brehm, es ist ihm nicht bekannt, dass derartige Fälle in Genesung übergehen könnten.

Alksne erwiedert, er müsse bei seiner Diagnose bleiben, da er sich das ganze Krankheitsbild auf andere Weise nicht erklären könne. Er glaube auch nicht, dass eine septische Thrombose vorgelegen habe, sondern eine blande. Die Infection brauche nicht durchaus auf dem Blutwege zu erfolgen; sondern sei durch die Lympfbahnen möglich, durch die Aquaeducte, derartige Fälle seien beschrieben worden.

3. Fain demonstriert einen von ihm seinerzeit durch Sectio alta gewonnenen Blasenstein von beträchtlicher Grösse und selten schöner maulbeerförmiger Gestalt.

Alksne demonstriert einen kleinerbsengrossen, sehr scharfkantigen Ureterstein. Der Patient habe schon seit Jahren an Schmerzen in der Lumbalgegend gelitten und sei jetzt mit einer heftigen Kolik zu ihm gekommen, habe vor seinen Augen zuerst ganz klaren Urin entleert, dann sei letzterer blutig geworden, zuletzt sei reines Blut gekommen. Bei der Cystoscopie am folgenden Tage habe sich die Uretermündung breit klaffend, laceriert und blutend präsentiert,

dicht nebenan habe in der Blase der Stein gelegen, welcher dann noch am selben Tage per vias natural. abging.

Zoepffel findet, dass der Umstand, dass der Harn zuerst klar war und dann zum Schluss der Miction blutig wurde, mehr für eine Blasenblutung sprechen würde, da Ureterblutungen sonst diffusblutigen Harn lieferten.

Alksne erklärt die abweichende Erscheinung dadurch, dass der im Ureter sitzende Stein gerade während der Miction durchgetreten sein müsse und dabei die Blutung gesetzt hate.

Sitzung vom 7. August 1908.

Präses: Zoepffel. Secretär: Brehm.

Mau hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Aetiologie der Syphilis, mit Demonstration der Spirochäte pallida.

Discussion:

Zoepffel fragt, ob die Calomelsalbe als prophylactisches Mittel noch im Gebrauch sei.

Mau berichtet über Experimente eines Assistenten von Metschnikoff, derselbe habe sich selbst und zwei Affen frische Lues eingeimpft und dann sofort sich und einen Affen mit Colomelsalbe eingerieben, er und der eine Affe seien nicht erkrankt, während bei dem anderen Affen typische Syphilis ausgebrochen sei; nach anderen Mitteilungen allerdings habe die Methode versagt.

Heidemann hält den Wert der Calomelsalbe auch für problematisch, die Serodiagnostik lässt in der Regel schon eine exquisite Allgemeininfection erkennen, wo die Lues scheinbar noch ganz localisiert ist.

Mau erwidert auf eine Anfrage, ob die Spirochäte pallida ganz zweifellos als Erreger der Syphilis zu betrachten sei, dass es allerdings immer noch Zweifler gebe, dieselben seien aber sehr vereinzelt und ihre Argumente wenig stichhaltig, der Einwand z. B. dass die Spirochäte nur ein Kunstproduct sei, lasse sich nicht mehr aufrecht erhalten, seit es gelungen sei, die Parasiten lebend darzustellen mit charakteristischer Eigenbewegung, er bedauere heute keine lebenden Spirochäten in der Dunkelfeldbeleuchtung zeigen zu können. Es gäbe allerdings nicht so selten Fälle von zweifelloser Syphilis, in denen der Nachweis der Spirochäte nicht gelinge.

2. Alksne (als Gast) berichtet über einen Fall von «nevralgie hématurique», wo sich als Ursache herdweise interstitielle Nephritis in einer alten Wanderniere ergab.

J. W. 60 a. n., 7 Geburten, 3 Aborte, Menses seit 15 Jahren verloren. Seit November 1906 Druck in der rechten Lumbalgegend, in der Magengrube und Herzgegend. Ausserdem Anfälle von furchtbaren Schmerzen im rechten Hypochondrium, nicht selten mit Fieber und Schüttelfrösten (bis zu 40° C.), Erbrechen. Besonders leidend seit dem August 1907. Anfälle nicht selten allwöchentlich, manchmal an einem Tage mehrmals. Dabei trüber Harn mit rotem Absatz, in der letzten Zeit auch Blutklumpen im Urin. Patientin wurde auf Nierensteine behandelt mit Vichy, Wildungen etc. Patientin hat im letzten Halbjahr ca 60 Pfd. abgenommen, ist sehr nervös, schläft schlecht, der Appetit ist schwach.

21. Januar erste Untersuchung: Mittelgross, reducierter Ernährungszustand, Haut und Musculatur schlaff. Die rechte Niere auf $^2/_3$ palpabel, scheint stark verbreitert, nicht schmerzhaft. Urin: viel Urate, Erythrocyten und Eiterkörperchen, Plattenepithelien, keine Nierenelemente, Spuren von Zucker.— Im März vom Ref. in Libau beobachtet ein zweitägiger Anfall mit hohem Fieber, Schüttelfrösten, Erbrechen und sehr heftigen Schmerzen. Die Harnmenge fiel auf 400 und hielt sich so im Laufe von 2 Tagen, Urin stark bluthaltig. Der Anfall trat nach einer Röntgenoscopie mit der Albers-Schönbergschen Blende auf. Am 5. März Cystoscopie und Ureterenkatheterismus. Der linke Ureter wird katheterisiert: im Laufe von $^3/_4$ Std. 60 gr. klaren Urins, 1018 sp. Gew., sauer, ausser einigen Erythrocyten und geschwänzten Epithelien (Arte fact. !) nichts Pathologisches. Nach 3 Tagen Chromocystoscopie: links in 4 Minuten 5 Entleerungen in kräftig gefärbtem Strahl, rechts ist der Strahl schwächer gefärbt. Im Hinblick auf die Nierenkoliken und das Ergebnis der Röntgenaufnahmen, die 2 Mal an derselben Stelle einen Schatten zeigten, wird die Diagnose auf Stein in der rechten Niere gestellt.

Operation. Aethernarcose. Freilegung der rechten Niere, die nach unten verlagert und verkleinert ist, mit Einziehungen auf der Oberfläche; kein Stein zu palpieren. Sectionsschnitt durch die ganze Niere, auch jetzt kein Stein. Die Bougierung des Uretres mit Nr. 13 misslingt. Die Fascie war stark ausgeprägt, die Capsula fibrosa fest adhärent. Da im Nierengewebe ein kleiner Tumor oder Stein immerhin sein konnte, da ein Papillom des Nierenbeckens und Verstopfung des Ureters durch einen Stein nicht auszuschliessen war, da ferner die schon sclerotische Niere durch die Folgen des Sectionsschnittes nur noch mehr alteriert werden konnte, da die Pat. durch die Koliken sehr abgemagert und nervös gemacht war und bei ihrem Alter eine zweite Operation nicht zu wünschen war, so wurde die Niere exstirpiert. Postoperativer Verlauf gut, Harnmenge stieg auf 600—700—1000. Nach 3 Wochen verliess Pat. die Klinik und ist seitdem beschwerdefrei, hat an Gewicht zugenommen, Harnbefund normal. Ref. demonstriert zuletzt Schnitte aus der Niere, auf denen herdweise interstitielle Erkrankung der Niere sichtbar ist, Gefässwände verdickt, Gewebswucherungen, Glomeruli zusammengepresst, stellenweise ganz fehlend.

(Autoreferat).

Sitzung vom 4. September 1908.

Präses; Zoepffel. Secretär: Brehm.

1. Alksne demonstriert ein von ihm exstirpiertes intraligamentöses Myom. Der Tumor hatte hier Herzstörungen hervorgerufen, Ohnmachten usw., Blutungen aber fehlten, die Menses waren normal. Vor der Operation wurde Strophantus und subcutane Strychnininjectionen verabfolgt. — Ueber die Ursachen der Herzschwäche bei Myom sind verschiedene Ansichten laut geworden, von denen wohl keine für alle Fälle zutreffend ist. Vor allem hat man darauf hingewiesen, dass die durch Blutung erzeugte Anämie die Herzschwäche verursache; ferner wurde geltend gemacht, dass das Myom ein in den Blutumlauf eingeschachteltes grosses Organ sei, dessen Starrwandigkeit an das Herz erhöhte Anforderungen stelle und es schliesslich schädigen müsse. Diese Theorie würde am ehesten für den vorliegenden Fall passen: das Myom ist recht gross und starrwandig, die Gefässe sind sclerotisch. Endlich hat man die Herzschwäche auch auf die langdauernde Ergotinbehandlung zurückgeführt. Ergotin und Adrenalin geben im Tierexperiment echte Sclerose des Herzens und der Gefässe. Die Annahme, dass das Myom selbst Stoffe producіere, die ähnlich wie Ergotin wirken, ist durch Beweise nicht gestützt. Plausibler ist schon die Theorie, nach der die intraligumentösen Myome eine Compression der Ureteren und damit Harnstauung erzeugen könnten, es komme dann zu Hydronephrose, sogar Nierenatrophie. Der Organismus wird mit Giftstoffen überflutet, welche durch die Nieren ausgeschieden werden müssten, welche nun aber zurückgehalten werden, z. T. noch in erhöhtem Masse in der Niere selbst gebildet werden. Iguatowski hat nachgewiesen, dass einseitige Ureterenterbindung grössere Perturbationen im Organismus hervorruft als einseitige Nephrectomie. — Der vorliegende Fall ist durch die Myomotomie völlig geheilt worden und beweist, dass die conservative Therapie der Myome nicht zu lange fortgesetzt werden dürfe.

(Autoreferat.)

Discussion:

Zoepffel erinnert an die eigentümlichen Beobachtungen von Herztod bei Myomen, ohne dass man irgendwelche anatomische Veränderungen am Herzen finden könne.

2. Schmähmann demonstriert ein Kind mit colossalem Milz- und Lebertumor, er spricht die Vermutung aus, dass es sich hier wohl um sogenannte Pseudoleukämie handeln dürfte, wie sie bei Säuglingen nicht allzu selten sei.

3. Mau hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber ein neues Symptom bei der Pityriasis versicolor» (Erscheint im Dermatolog. Centralblatt).

Discussion:

Zoepffel hält den Ausdruck «Symptom» für nicht ganz glücklich gewählt, es handele sich s. A. n. mehr um einen interessanten Befund. Um als Sypmtom angesprochen zu werden, müsste der Befund, dass die von der Krankheit befallenen Hautpartien nicht schwitzen, sich doch mit einer gewissen Regelmässigkeit constatieren lassen, das sei bisher nicht geschehen.

Ischreyt fragt, ob Untersuchungen darüber vorlägen, dass die Pilze in die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen hineinwuchern, nach älteren Autoren finde ein Uebergreifen der Pityriasis auf die Drüsen nicht statt. Falls keine pathol.-anatomischen Beweise sich erbringen liessen, sei die Annahme einer Verlegung der Drüsen durch Pilze und dadurch hervorgerufene Unterdrückung der Schweisssecretion, jedenfalls nur eine Vermutung.

Mau erwidert, er habe nur gemeint, dass die Mündungen der Ausführungsgänge mechanisch verlegt werden, nicht dass

die Pilze die Drüsen selbst ergreifen, pathologisch-anatomische Untersuchungen lägen nicht vor.

Alksne weist darauf hin, dass bei sehr grosser Ausdehnung der Pityriasis eine Unterdrückung der Schweisssecretion gefährlich werden könnte durch Autointoxication.

Sitzung vom 2. October 1908.

Präses: Zöpffel. Secretär: Brehm.

Brehm stellt eine Patientin vor, bei der er eine Geschwulst vermute, die sich entweder im hintersten Abschnitt der Orbitalhöhle oder im Schädelinnern gleich hinter dem Foramen opticum localisiere. A. B. 19 a. n., seit 2 Monaten krank, Kopfschmerzen oberhalb des rechten Auges, dann traten heftige Zahnschmerzen und Diplopie hinzu und Schmerzen im Bulbus; jetzt haben die Zahnschmerzen u. d. Doppeltsehen aufgehört, die Kopfschmerzen bestehen noch, dann Vertaubungsgefühl im Gesicht rechts und oben. Schwindel. Früher stets gesund. — Etwas elend aussehendes Mädchen, bis auf leichte Depression normale Psyche. Puls 80, weich. Keine Anzeichen von Lues. Am rechten Auge mässige Protresio, Ptosis d. Oberlides und leichtes Oedem desselben. Pupille mittelweit, reag. a. L. Conjunctiva bulbi et palpebr. total anästhetisch, Cornealreflex fehlt. Es besteht exquisite Stauungspapille, doch ist der Visus normal. Die Bewegungen des Bulbus sind frei, nur die Abduction ist unmöglich (Dr. Ischreyt). Das ganze Gebiet des Ramus ophtalmicus und des Ramus maxillaris des Nervus trigeminus ist gelähmt und geht die Anästhesie sowohl an der Haut als auch an den Schleimhäuten genau bis an die Mittellinie. Oberhalb des Auges exquisite Druck- und Klopfempfindlichkeit des Schädels ohne die geringste Auftreibung. Die Rhinoscopia anterior und posterior ebenso die Durchleuchtung der Nebenhöhlen ergaben normale Verhältnisse (Dr. Falk). Es bestehe mithin ein Tumor, der einen so starken Druck auf die beiden ersten Trigeminusäste ausübe, dass letztere total gelähmt seien, ebenso werde auch der Opticus gedrückt. Die Localisation sei jedenfalls die Gegend des Foramen opticum, sei es intracraniell oder in der Orbitalhöhle. Zeichen von eigentlichem Hirndruck fehlen, der Tumor sei jedenfalls klein. Die Natur und Provenienz lasse sich nicht sicher entscheiden, es könne sich um ein Gumma handeln oder eine bösartige vielleicht von den Siebbeinzellen oder der Keilbeinhöhle ausgehende Neubildung, er halte letzteres für wahrscheinlich. Von einer Operation sei nicht viel zu erwarten, sie sei sehr eingreifend und Recidive die Regel. Die Pat. soll einstweilen reichlich Jodkali erhalten.

(Autoreferat).

Ischreyt schliesst sich Brehm darin an, dass die Beweglichkeitsbeschränkung des Auges auf eine Benachteiligung des Nervus abducens zurückgeführt werden müsse. Die zweite Möglichkeit, nämlich eine Beweglichkeitsbeschränkung infolge von Verdrängung des Bulbus durch den Tumor, käme hier nicht in Betracht, da das Auge sonst nicht so frei beweglich nach den übrigen Seiten sein könnte.

Hinsichtlich der Stauungspapille bemerkt er, dass es falsch sei anzunehmen, dieselbe beweise unbedingt einen Druck auf die Sehnervenscheiden. Sie könne auch zustande kommen, wenn ein Tumor von der Orbitalwand frei in die Höhle hineinwachse. In einem Fall von Sarkom der Orbita mit hochgradiger Stauungspapille gelang es ihm bei der Operation den Nachweis zu erbringen, dass ein Druck auf den Opticus nirgends stattgefunden hatte, was auch durch die microskopische Untersuchung des exenterierten Orbitalinhaltes bestätigt werde. Die Stauungspapille ist hier, auf Grund der microscopischen Veränderungen im Gefässsystem des Auges, folgendermassen zu erklären: der Tumor erzeugte durch Abknickung der Vena ophtalmica eine Stauungshyperämie, die sich ins Vortexvenensystem und die Venen des Cilarkörpers und der Opticusscheiden, sowie teilweise der Papille, fortsetzte. Ein Oedem des Papillengewebes war die Folge, ferner eine Abklemmung der Vena centralis retinae mit consecutiver Hyperämie, die ihrerseits ebenfalls erhöhend auf das Papillenödem einwirkte. Entzündliche Veränderungen waren nirgends zu finden gewesen. (Der referierte Fall ist in den «klinischen und anatomischen Studien an Augengeschwülsten», Berlin 1906, ausführlich geschildert.)

(Autoreferat.)

Alksne glaubt auch, dass es sich im vorliegenden Falle um einen Tumor handelt, doch könne Lues nie mit Sicherheit ausgeschlossen werden, er habe einen derartigen Fall in der Fedorowschen Klinik gesehen, wo das Gehirn durch einen grossen Haut-Periost-Knochenlappen freigelegt wurde, doch fand man den gesuchten Tumor nicht und musste sich mit Tamponade begnügen. Wider Erwarten besserte sich der Fall nach der Operation und die schweren Sehstörungen gingen ganz zurück.

Nachträgliche Mitteilung vom December: die Darreichung von Jodkali hatte insofern Erfolg, als die Kopfschmerzen total verschwanden und nicht wiedergekehrt sind; daraufhin wurde eine energische Innunctionskur eingeleitet. Die Protresio bulbi ist geschwunden, die Stauungspapille zurückgegangen. Die Lähmung der Trigeminusäste dagegen besteht unverändert und es ist noch eine Keratitis und Iritis (neuroparalytica) hinzugetreten. Mithin kann ein bösartiger Tumor wohl sicher ausgeschlossen werden und Lues angenommen.

2. Schmähmann stellt ein Kind vor mit hochgradiger Spina ventosa am rechten Zeigefinger. Diese Fälle habe man früher conservativ behandelt, doch seien die Resultate nicht gute, es komme meist zur Fistelbildung und Abstossung von Sequestern. Man operiere diese Fälle jetzt früh, bevor es zur Fistelbildung gekommen sei und Mischinfectionen hinzugetreten seien.

Alksne demonstriert einen Rhinolithen und hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber Nasensteine. (Erscheint im Druck.)

Zoepffel fragt, ob dem Vortragenden ein Symptom bei Rhinolithen bekannt sei, das er in einem Fall beobachtet habe, wo die einzige Klage des Pat. darin bestand, dass er an Schwindel leide, vom Vorhandensein eines Nasensteines wusste er nichts. Der Stein enthielt als Einschlusskern eine Prussacke. Nach Entfernung des Rhinolithen hörte der Schwindel dauernd auf.

Brehm referiert über einen Fall von grossem Kotstein in der Ampulla recti. Er war so gross, dass er auch nach starker Dehnung des Sphincter nur in Fragmenten entfernt werden konnte. Als Einschlusskern fanden sich mehrere Pflaumenkerne und ein Stück von der Schale einer amerikanischen Nuss. In der nächsten Umgebung dieser Fremdkörper fanden sich in dem steinhart eingedrückten Kot reichlich Kalkansammlungen, zur Peripherie hin; wo die Consistenz des Steines etwas weicher wurde fehlten die Kalkeinschlüsse.

Wöchentliche Chronik und kleine Mitteilungen.

St. Petersburg. Bei dem Ministerium für Handel und Gewebe ist ein Comitee unter dem Vorsitz des Geheimrats Dr. L. Berthenson gebildet, welches die Frage der Einrichtung der dem Staate gehörigen Curorte behandelt. — Die Frage einer Reorganisation und Hebung unserer Curorte ist längst eine brennende und bedarf sowohl eines eingehenden Studiums als auch einer möglichst baldigen und befriedigenden Lösung. Wollen wir hoffen, dass es dem Comitee gelingen wird, zu günstigen Ergebnissen zu kommen. — Dass die Angelegenheit der Curorte eine dringende ist, ist unter anderem auch daraus zu ersehen, dass in der Moskauer Physiko-therapeutischen Gesellschaft sie gleichfalls zur Verhandlung kam und zwar im Anschluss an einen Vortrag von Dr. Kurdjumow «Ueber die Frage der Curorte und die Wege zu ihrer Erforschung». Auf Vorschlag von Prof. S. Scherwinskij wurde beschlossen, die Aufmerksamkeit der Reichsduma auf diese Angelegenheit zu lenken und der bevorstehenden Beratung die von den medicinischen Facultäten und gelehrten medicinischen Gesellschaften aufgestellten Postulate zu Grunde zu legen.

— Laut einer Erklärung des Medicinalrats können Untersuchungsrichter zur Ausführung einer gerichts-ärztlichen Besichtigung und Obduction auch weibliche Aerzte citieren.

— Am 18. December vollendeten sich 25 Jahre der wissenschaftlichen Tätigkeit des Akademikers, Prof. der Ophtalmologie an der Militär-Medicinischen Akademie, Dr. L. Belljarminow. Für den Jubilar völlig unerwartet versammelten sich an diesem Tage in seiner Wohnung die Professoren der Akademie, viele Specialcollegen und Studenten, die den Professor durch Ansprachen und Ueberreichung von Geschenken feierten. In besonders warmen Worten feierte den Jubilar ein Student, indem er seine wissenschaftlichen Verdienste auf dem Gebiete der Augenheilkunde und das Entgegenkommen hervorhob, das die unter dem Jubilar arbeitenden Aerzte stets bei ihrem verehrten Lehrer finden. Im Namen des Blindencuratoriums wurde der Gelehrte vom Mitgliede des Reichsrats A. S. Jermolow begrüsst. Der Director der Augenheilanstalt an der Mochowaja, Dr. Blessig hob die fruchtbringende Tätigkeit Belljarminows in der Ophtalmologischen

Gesellschaft hervor und teilte mit, dass die Gesellschaft den Jubilar zu ihrem Ehrenmitglied ernannt hat. Der Professor am Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna Dr. Dolganow begrüsste den Akademiker im Namen der Augenklinik am Institut, während Professor N. J. Andogski die Glückwünsche der Augenklinik des Medicinischen Instituts für Frauen darbrachte. Aus dem Auslande und dem Inneren des Reiches waren von Universitäten, Aerztevereinen, Kliniken, einzelnen Aerzten, dankbaren Patienten u. s. w. mehr als 150 Glückwunschtelegramme eingelaufen. Die Conferenz der Militär-medicinischen Akademie begrüsste natürlich gleichfalls ihr verehrtes Mitglied und teilte ihm mit, dass er nach Ausdienung der Jahre auf ein weiteres Quinquennium als Professor der Akademie gewählt worden sei.

— Der Prof. der Hygiene an der Militär-Medicinischen Akademie, Dr. S. Schidlowski, dessen 25-jährige Lehrtätigkeit im November d. J. ablief, hat sich von weiterer Lehrtätigkeit losgesagt, und deshalb kam auch in der letzten Sitzung der Conferenz der Akademie die Frage einer Verlängerung seiner Dienstzeit nicht zur Verhandlung.

— In der letzten Sitzung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit wurde beschlossen, die Feriencolonien in Hapsal und Staraja Russa zu erweitern, und zwar in die erstere jährlich 100 Kinder mehr, in die zweite 200 mehr aufzunehmen. Zur Erweiterung der ersteren besitzt die Gesellschaft ein von Frau Glasunow gestiftetes Capital von 5000 Rbl., für die zweite aber gibt die Stadtverwaltung von Staraja Russa ein Grundstück von 3000 Quadratfaden her.

— Der Flecktyphus hat in letzter Zeit in verschiedenen Gegenden Russlands eine epidemische Ausbreitung erreicht, so in einigen Kreisen der Gouvernements Tula, Samara und in einem Dorfe des Odessaer Kreises.

— Vom 22. bis zum 23. December erkrankten in St. Petersburg an der Cholera 11 Personen, starben 2, genasen 17. In den städtischen Hospitälern verblieben 187 Kranke.

— Verbreitung der Cholera in Russland. In der Woche vom 12. bis zum 18. December kamen Erkrankungen und Todesfälle an der Cholera vor: im Gebiet der Don-Kosaken 14 (4), im Kuban-Gebiet 1 (0), im Gouvernement Eriwan 2 (0) und in der Stadt St. Petersburg mit den Vorstädten vom 14. bis zum 20. December — 121 (36) *).

— Die Rinderpest herrscht in den Gebieten Semiretschensk, Akmolinsk, in den Gouvernements Batum, Baku und Eriwan und im Küstengebiet (am Grossen Ocean).

— An Infectionskrankheiten erkrankten in St. Petersburg in der Woche vom 16. bis zum 22. November 600 Personen. Darunter an Typhus abdom. 48, Typh. exanth. 5, Febris recurrens 106, Pocken 9, Windpocken 11, Masern 46, Scharlach 71, Diphtherie 98, Cholera 127, acut. Magen-Darmkatarrh 41, anderen Infectionskrankheiten 38.

— Die Gesamtzahl der Kranken in den St. Petersburger Stadthospitälern betrug in derselben Woche 11665. Darunter Typhus abdominalis 626, Typhus exanth. 12, Febris recurrens 493, Scharlach 227, Masern 44, Diphtherie 138, Pocken 16, Windpocken 7, Cholera 219, crupöse Pneumonie 94, Tuberculose 466, Influenza 227, Erysipel 63, Keuchhusten 12, Lepra 1, Hautkrankheiten 55, Syphilis 500, venerische Krankheiten 399, acute Erkrankungen 1702, chronische Krankheiten 1463, chirurgische Krankheiten 1309, Geisteskrankheiten 3250, gynäcologische Krankheiten 221, Krankheiten des Wochenbetts 40, verschied. andere Krankheiten 81.

— Die Gesamtzahl der Todesfälle in St. Petersburg betrug in derselben Woche 690 + 62 Totgeborene + 47 Fälle von der vorigen Woche. Darunter Typh. abd. 12, Febris recurrens 7, Pocken 2, Masern 11, Scharlach 25, Diphtherie 16, Keuchhusten 11, crupöse Pneumonie 23, katarrhalische Pneumonie 63, Erysipel 2, Influenza 6, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 19, Cholera 41, Magen-Darmkatarrh 26, andere Magen- und Darmerkrankungen 43, Alcoholismus 7, angeborene Schwäche 26, Marasmus senilis 21, andere Todesursachen 239.

— Nekrolog. 1) In Krementschug starb Dr. E. Ginsburg, geb. 1852, Arzt seit 1880. 2) In Kiew starb der Landschaftsarzt, Dr. C. Kutscherow am Flecktyphus. 3) In Moskau starb am 10. December Dr. El. Freitag, geb. 1811, Arzt seit 1864. 4) Am 13. December starb in Moskau Dr. T. Butjagin. 5) In Archangelsk starb Dr. Jul. Kosmoski, geb. 1844, Arzt seit 1868. 6) Am 15. December starb in St. Petersburg Dr. G. Carrick. Er war im Jahre 1864 aus Schottland eingewandert, hatte in St. Petersburg sein Arztexamen von neuem gemacht und erfreute sich hier eines guten Rufes. Seit den 80-er Jahren beschäftigte er sich eingehend mit dem Studium der Wirkung des Kumys und 1887 hatte er eine eigene Kumysheilanstalt in der Orenburger Steppe gegründet, die als Musteranstalt für später entstandene derartige Sanatorien diente.

*) Die eingeklammerten Zahlen beziehen sich auf die Todesfälle.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersb. Aerzte: Dienstag, d. 13. Jan. 1909.

Tagesordnung: v. Schrenck: Präsidialvortrag: Ueber gynäcologische Koeliotomie.
Berichte der Secretäre und des Cassierers.
Wahlen.
Beschlüsse betr. das bevorstehende 50-jähr. Jubiläum des Vereins.
Beschlüsse über Anträge betr. Bibliothekarsgehalt und Revision des Statuts.

Entgegennahme der Mitgliedsbeiträge.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag, d. 19. Jan. 1909.

Tagesordnung: Prof. O. v. Petersen: Ueber Hefepilzerkrankungen der Haut.

Der Redaction sind folgende Bücher zur Besprechung zugegangen.

M. Nonne. Syphilis und Nervensystem. 2, Aufl. S. Karger. Berlin. 1909.

J. Meller. Ophthalmic Surgery. The translation reviewed by W. L. Pyle. — P. Blaktistons Son & Co. Philadelphia. 1908.

K. Birnbaum. Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten. C. Marhold. Halle. 1908.

A. Magnus-Levy. Das Coma diabeticum und seine Behandlung. C. Marhold. Halle. 1909.

G. Kolb. Vorschläge für die Ausgestaltung der Irrenfürsorge. C. Marhold. Halle. 1908.

A. Steyerthal. Was ist Hysterie? C. Marhold. Halle. 1908.

G. Rosenfeld. Das Indicationsgebiet des Alcohols bei der Behandlung innerer Krankheiten. C. Marhold. Halle. 1908.

G. Singer. Die atonische und die spastische Obstipation. C. Marhold. Halle. 1909.

R. Sommer. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. III. Band, 2. und 3. Heft. C. Marhold. Halle. 1908.

B. Naunyn. Notwendige Angaben für die Kostordnung Diabetischer. G. Fischer. Jena. 1908.

W. Uhthoff. Ueber das Sehen und über Sehstörungen in ihren Beziehungen zum Gehirn. G. Fischer. Jena. 1908.

A. Winkler. Ueber die Behandlung der Syphilis. C. Marhold. Halle. 1908.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 1 u. 2. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1908.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogoff).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Medizinskoje Obosrenje (Medizinische Rundschau). 1907. Heft 1—19.

W. Horoschko: «Multiple Neuritis und Bacterium coli commune». (Nr. 1).

Aus der mitgeteilten Krankengeschichte eines Falles von multipler Neuritis geht evident hervor, dass es sich um eine Infektion mit Bacterium coli commune handelt. Bei einer früher stattgehabten Resektion des linken Ovariums wurde die Darmwand beim Vernähen des Amputationsstumpfes mitgefasst. Hierdurch wurde eine Striktur des Darmes bedingt. Durch Koprostase wurde einerseits die Vitalität des Darmspitels verringert, anderseits wurde die Virulenz der Bakterien erhöht. Die Bakterien wanderten durch die Darmwand und auf einem Wege, welcher in Gestalt eines entzündlich hyperaemischen Streifens deutlich gekennzeichnet war, zur Blase. Die Blasenschleimhaut war entzündet, in der Blase fanden sich Reinkulturen von Bacterium coli. Die Toxine des letzteren wurden von der erkrankten Blasenschleimhaut, so folgert H., kontinuirlich resorbiert, vergifteten den Organismus und riefen Veränderungen der parenchymatösen Organe und des Nervensystems hervor. Der Fall ist klinisch, pathologisch-anatomisch und bakteriologisch ausführlich bearbeitet.

W. Sprimon: «Ueber die Dehnung der Wirbelsäule bei Nervenkrankheiten». (Nr. 1).

Den Sayer'schen Schwebeapparat wendet S. bei Tabes dorsalis und bei Geschlechtsschwäche an, doch hat er den Apparat modifiziert. Er setzt den Pat. auf einen Schemel und erzielt eine dosierbare Zugwirkung durch Gewichte, welche mittelst eines zweigarmigen Hebels auf den Sayer'schen Bügel einwirken. Bei Tabes dorsalis liessen die Schmerzen nach. Bei Impotenz wurden von 5 Fällen 2 gebessert.

A. Muratoff: «Syphilitische Metrorrhagie». (Nr. 1).

M. demonstriert an einer interessanten Krankengeschichte die Syphilis als ein aetiologisches Moment für die Metrorrhagie, für welche häufig kein rechter Grund zu finden ist. In diesem Falle verwandelte eine eingeleitete Merkurialbehandlung eine abgemagerte, elende Kranke in kurzer Zeit in eine blühende Frau. Ebenso wie bei Magenblutungen auf syphilitischer Grundlage, so handelt es sich nach M. bei der Metrorrhagie gleichfalls um haemorrhagische Erosionen der Uterusschleimhaut mit venöser Stauung, sowie um gummöse Infiltrate und Ulzerationen.

A. Pospeloff: «Ueber die Behandlung einiger Hauterkrankungen mit der Bier'schen Stauungshyperaemie». (Nr. 1).

Eine vorläufige Besprechung, welcher Mitteilungen über einige Fälle folgen sollen.

W. Predtetschenski: «Klinik der Leberzirrhosen und der Banti'schen Krankheit». (Nr. 2).

P. bringt 6 Krankengeschichten von atrophischer Leberzirrhose mit praevalierender Affektion der Milz. In allen 6 Fällen entspricht der Syptomkomplex dem von Banti für eine Erkrankung sui generis aufgestellten Symptomkomplex. Ein Unterschied besteht allerdings in Bezug auf die Anamnese: während Banti bei seinen Fällen jeden Hinweis auf vorhergegangene Lues oder Malaria ausschliesst, konnte bei P.'s Fällen ein mal Alkoholismus, 3 mal Syphilis, 1 mal Malaria und 1 mal eine Autointoxikation vom Magen-Darmtraktus aus als Krankheitsursache nachgewiesen werden. Trotzdem ist P. zu der Ueberzeugung gelangt, dass kein spezifischer Unterschied zwischen Morbus Banti und der atrophischen Leberzirrhose besteht und spricht die Annahme aus, dass in vielen Fällen von Morbus Banti Syphilis, Alkoholismus oder Malaria nicht nachgewiesen werden konnten, während sie doch die Krankheit verursachten. Auf obiger Reflexion fussend, hält P. den Milztumor nicht für die Primäraffektion und ist der Ansicht, dass die Frage der Splenektomie mit grösserer Vorsicht zu behandeln sei.

A. Wysozki: «Die Veränderungen im Blute bei septischen Erkrankungen». (Nr. 2).

Eine Bearbeitung der Frage nach publizierten Arbeiten.

S. Wermel: «Die Grundlagen der Lichtbehandlung der inneren Krankheiten». (Nr. 2).

W. Muratoff: «Die Schilddrüse bei katatonischem Schwachsinn». (Nr. 3).

In Analogie mit 2 früher publizierten Fällen, hat M. wieder in 3 Fällen von Dementia praecox bemerkenswerte pathologische Veränderungen der Schilddrüse gefunden.

A. Katschkatscheff: «Ein seltner Fall von epileptischer Aura». (Nr. 3).

Nach K. geht jedem epileptischen Anfall eine Aura voraus, doch entgeht sie häufig der Beobachtung. Ein Fall mit psychointellektueller Aura wurde von Féré 1897 mitgeteilt. K. beobachtete einen Fall, bei welchem eine Melodie, welche der Pat. vor 1½ Jahren mit besonderem Wohlgefallen gehört hatte, halluzinatorisch einem epileptischen Anfall voranging. Diese Halluzination ging in der Folge jedem Anfall voraus.

A. Wener: «Zur Frage der Pubiotomie». (Nr. 3).

Zwei mit gutem Erfolge ausgeführte Pubiotomieen.

A. Rachmanoff: «Vier Fälle von Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang». (Nr. 3).

L. Swershewski: «Die Anwendung der neuen Anästhetika-Alypin und Nowokain in der Rhinolaryngologie». (Nr. 3).

Beiden Mitteln räumt S. vor dem Kokain den Vorzug ein.

D. Pletneff: «Zur Frage der Arythmie». (Nr. 4).

W. Dewitzki: «Ueber die Entstehung der verschiedenen Formen der chronischen Veränderungen der Herzklappen». (Nr. 4).

Eine vorläufige Mitteilung über Untersuchungen an 70 Fällen.

A. Morosoff: «Zur Frage der bakteriologischen Untersuchung der Diphtherie». (Nr. 4).

J. Ssarytscheff: «Ueber die Behandlung der inkarzerierten Hernien». (Nr. 4).

G. Baradulin: «Der primäre Krebs der Gallenblase». (Nr. 4).

4 Krankengeschichten.

W. Rosanoff: «Zur pathologischen Anatomie und Klinik der malignen Geschwülste der Nieren (speziell das Hypernephrom)». (Nr. 5).

P. Herzen: «Ueber die remittierende Hydronephrose und die Urethro-pyelo-plastik». (Nr. 5).

P. Smirnoff: «Ein Fall von Situs viscerum inversus totalis». (Nr. 5).

A. Stange: «Ueber die Fälschung medizinischer Präparate». (Nr. 5).

N. Daniloff: «Die Rolle der Fermente im Leben des Organismus». (Nr. 5).

N. Mussatoff: «Vorzeitige Plazentarlösung während der Geburt». (Nr. 6).

3 Fälle, von welchen 2 letal endigten.

Th. Prawossud: «Ein Fall von Verknotung der Nabelstränge bei Zwillingen». (Nr. 6).

S. Nihamin: «Ein Fall von Erythraemie (Polyglobulia splenomegalica)». (Nr. 6).

P. Gusseff: «Kastration wegen Osteomalacie». (Nr. 7).

Eine Krankengeschichte.

M. Wirschubski: «Ein Fall von sporadischem Kretinismus (myxomatösem Infantilismus)». (Nr. 7).

Th. Saizeff: «Zur Frage der Serumbehandlung des Scharlachs». (Nr. 7).

D. Pletneff: «Angina pectoris». (Nr. 8).

Eine Antrittsvorlesung.

W. Sagumenny: «Die Alkaleszenz der Exsudate und Transsudate». (Nr. 8).

W. Bogoljuboff: «Zur Kasuistik der Resektion des Vagus bei Entfernung von Halsgeschwülsten». (Nr. 8).

W. Semblinoff: «Ueber Dermatomykosen». (Nr. 8).

S. hat in der Zeit von Juli bis August 1882 eine ganze Reihe von Kranken in seiner Ambulanz beobachtet, welche eine ungewöhnliche Bläschenbildung an den unteren Extremitäten aufwiesen. Wie es sich erwies, war es eine Dermatomykose, verursacht durch Stichverletzungen mittels Schimmel tragender Stoppeln, während der Feldarbeit.

A. Okinschewitsch: «Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Perforationsperitonitis bei Typhus abdominalis». (Nr. 9).

Acht Krankengeschichten. O. ist der Meinung, dass die Perforationsperitonitis als eine chirurgische Komplikation operiert werden muss und spricht sich für die Anlegung einer Kotfistel aus.

P. Eminet: «Sphygmographie und Tonometrie an gesunden Kindern von 6—15 Jahren». (Nr. 8).

W. Iwanoff: «Ueber Implantation von Zellen maligner Neubildungen auf epithelialen Flächen». (Nr. 9).

Zwei Krebsfälle hat I. pathologisch-anatomisch untersucht und dabei gefunden, dass bei der Implantation von Krebszellen auf gesunde Epithelflächen das Epithel nicht nur nicht infiziert wird, sondern auch keine Neigung zu reaktiver Wucherung zeigt, und nicht in das Gewebe der Neubildung übergeht. Im Gegenteil, indem die Krebszellen auf das Epithel als Fremdkörper wirken, bedingen sie Nekrose desselben. Ein implantiertes Krebsepithel ist nicht im Stande ein normales Epithel zu infizieren, im Sinne Leyden's. Wohl ist das Anwachsen von Tumorelementen auf gesunden Gewebe möglich, doch wird das gesunde Gewebe nicht infiziert.

E. Dobrosarkoff: «Die Serumtherapie bei Febris recurrens». (Nr. 10).

D. hat 77 Kranke mit Serum behandelt und nimmt zur vergleichenden Berechnung noch 697 nicht behandelte Fälle hinzu. Darnach ergibt sich, dass die Serumtherapie bei Febris recurrens 1) die Zahl der Krankheitstage herabsetzt, 2) meist dem Einsetzen des zweiten Anfalles vorbeugt, 3) im Fall eines zweiten Anfalles, doch die Apyrexie verlängert, 4) den zweiten Anfall um 24 Stunden verkürzt, 5) die Häufigkeit des Auftretens von Exanthemen erhöht.

J. Nosskoff: «Ein Fall von abgegrenzter tuberkulöser Perikarditis». (Nr. 10).

A. Wirschubski: «Ein Fall von Morvan'scher Krankheit». (Nr. 10).

A. Schmirheld: «Ein Fall von Erythromelalgie». (Nr. 10).

A. Uschakoff: «Ein Fall eines primären Epithelioms der Fallopischen Röhre». (Nr. 11).

P. Pawloff: «Cuprum sulfuricum als Abortivmittel bei Ulcus molle». (Nr. 11).

P. bestätigt, auf Grund seiner Erfahrungen die Vorzüge der von Stenzel vorgeschlagenen Behandlungsweise des Ulcus molle.

G. Meschtscherski: «Zur Behandlung der bösartigen Syphilis». (Nr. 11).

27 Krankengeschichten von Fällen bösartiger Syphilis, welche nach der in der Moskauer Klinik unter Professor A. Posspelow ausgearbeiteten Methode behandelt wurden. Dieses ist eine Arsenjodbehandlung, welche hauptsächlich die Widerstandskraft des Organismus gegen die Erkrankung zu heben bezweckt.

L. Dmizenko: «Die neuen Diuretica». (Nr. 11).

Kritik der neu im Handel erschienenen diuretischen Mittel. D. hat die Erfahrung gemacht, dass keines der neuen Diuretika das Theobromin und das Diuretin an Wirksamkeit übertrifft.

Sassedateleff: «Ueber die Ligatur der Vena jugularis interna bei Thrombose des Sinus transversus». (Nr. 12).

6 Krankengeschichten.

W. Moltschanoff: «Zur Pathogenese der cerebralen Hemiplegie nach Diphtherie in Verbindung mit der Lehre von der diphteritischen Thrombose des Herzens». (Nr. 12).

D. Orloff: «Die Aufgaben zur Sanirung des Lebens der Fabrikarbeiter in geistiger Beziehung». (Nr. 12).

M. Seuez: «Neue Anhaltspunkte zur Bestimmung des Spitzenstosses und der Mammillarlinie». (Nr. 13).

N. Prosorowski: «Die Pubiotomie». (Nr. 13).

A. Lewitzki: «Einiges aus der Geschichte der Medizin in Russland». (Nr. 13).

M. Schtschegoleff: «Klinische und bakteriologische Eigentümlichkeiten der Influenza der Frühjahrsperiode 1906, nach Daten aus dem Hospital des Moskauer Gefängnisses». (Nr. 14).

Eine recht ausführliche Arbeit, ist im Original nachzulesen.

W. Dubrowin: «Aus dem Gebiet der Dentiatrie». (Nr. 14).

In durchaus anerkennender Weise gibt D. eine Uebersicht mit statistischen Daten über die Schädlichkeit der Zahn-

krankheiten für das Gedeihen des jugendlichen Organismus. D. befürwortet eine grössere Beachtung der Hygieine der Mundhöhle.

M. Dawydoff: «Ein kolossales Molluscum fibrosum». (Neurofibromatose). (Nr. 14).

W. Bogoljuboff: «Eine branchiogene Zyste des Halses». (Nr. 15).

W. Rudneff: «Das gleichzeitige Fixieren, Entwässern und hiernach das Einbetten histiologischer Objekte in Zelloidinlösung mit Aether und Alkohol und die Anwendung dieser Methode zur Erforschung des Nervensystems». (Nr. 15).

D. Pletneff: «Ueber Venenpuls». (Nr. 15 u. 19).

A. Ssaharoff: «Ein seltener Fall einer Staphylokokkeninfektion». (Nr. 16).

Eine Krankengeschichte. Diese bietet ein eigentümliches Krankheitsbild, wandernde Oedeme bei erhöhter Temperatur. Die bakteriologische Untersuchung der serösen Flüssigkeit aus dem Unterhautzellgewebe ergab Kulturen von Streptokokken. Anamnestisch war ein Ulcus des Nasenrachenraums festgestellt worden.

J. Arkawin: «Periodisches Erbrechen bei Kindern». (Nr. 16).

Eine Bearbeitung der einschlägigen Literatur.

A, Gowssejeff: «Zwei Fälle von periodisch sich steigender Ophtalmoplegie (Ophtalmoplegie migraineuse)». (Nr. 16).

Zwei Krankengeschichten. In einem Falle bestand eine Asymetrie des Gesichtes und der Extremitäten, beim andern war der Schädel unregelmässig mit einer dellenförmigen Vertiefung des Gewölbes.

A. Ssuhoff: «Zur Klinik der traumatischen Epilepsie und Hysterie und ihrer Kombinationsformen». (Nr. 17).

Zwei interessante Krankengeschichten.

S. Bogroff und E. Marzinowski: «Zur Frage der Kulturen des Ducrey-Unna'schen Streptobazillus». (Nr. 17).

O. Lichareff: «Ein Fall von Kalkablagerung in der Haut, dem Unterhautzellgewebe und den Sehnenscheiden». (Nr. 17).

M. Marmorstein: «Zur Lehre der akuten grippösen Aortitis». (Ein Fall von Aortitis mit einem Thrombus in der Arteria basilaris). (Nr. 18).

4 Krankengeschichten.

N. Starokotlizki: «Ein Fall von Hysterie, bei welcher Tollwut simuliert wurde». (Nr. 18).

N. Kopyloff: «Ein Fall von Darmoklusion durch das Mekel'sche Divertikel». (Nr. 18).

D. Pletneff: «Zur Kasuistik der Aortendivertikel. Ein Fall von gleichzeitigem Bestehen von Aneurysmen der Aorta thoracica und abdominalis» (Nr. 19).

O. Woltke: «Eine vergleichende Beurteilung einiger Behandlungsmethoden des Erysipels». (Nr. (19).

N. Jakunin: «Ein multipler Cysticercus des Gehirns». (Nr. 19).

P. Gussew: «Zur Frage der chirurgischen Behandlung der totalen Prolapse des Uterus». (Nr. 19).

16 Krankengeschichten und eine Besprechung der Operationsmethoden.

Mickwitz.

Obosrenje psichiatrii, nevrologii i eksperimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. 1905. Nr. 7, 10—12.

A. Saregradski: «Pachymeningitis interna haemorrhagica». (Nr. 7).

Eine Krankengeschichte mit Sektionsbefund ohne mikroskopische Untersuchung. Verlauf unter dem Bilde einer progressiven Paralyse. Ein Haematom von 17,5 Cm. Länge, 8 Cm., Breite und 3 Cm. Dicke lag auf der rechten Hemisphäre. 3 Photogramme illustrieren dieses.

W. Bechtereff: «Ueber zwangsmässiges Schwitzen der Hände». (Nr. 7).

Zwei Krankengeschichten. Die eine Pat. war neuropatisch und hysterisch, die andere neurasthenisch. Beim Zusammentreffen mit bekannten Personen und bei der Notwendigkeit, sich durch Händedruck mit ihnen zu begrüssen, trat regelmässig starkes Schwitzen der Handflächen ein, ohne dass die Kranken von einer Erregung oder einem besonderen Affekt befallen wurden.

A. Ostankoff: «Ueber einige Eigentümlichkeiten des Verlaufes der epileptischen Psychose». (Nr. 7).

An 4 Krankengeschichten weist Verf. folgende Charakteristica nach: 1) Die Periodizität der akuten psychischen Aeusserungen der Psychose, bei Frauen häufig mit den Menses zusammenfallend, zumal im Beginn u. während der Akme der Psychose. 2) Das Fehlen greifbarer Ursachen. 3) Die Stereotypie der Krankheitsäusserungen, mehr sich äussernd in einzelnen Serien von Anfällen. 4) Der Polymorphismus der Psychose (in den beschriebenen Fällen: kurze Bewusstseinsverluste, Anfälle von Automatismus, melancholische und maniakalische Stimmungsänderungen, rasch vorübergehende Tobsuchtsanfälle, paranoïde Zustände, akute halluzinatorische Verwirrtheit). Nimmt man zu diesen vier Merkmalen die in jedem Falle vorhandene Bewusstseinsalteration und Gedächtnisstörung, so hat man in diesen sechs Eigentümlichkeiten des Verlaufes eine gute Basis für die Diagnose des Leidens, falls beim Pat. auch niemals typische Krampfanfälle des grand mal aufgetreten sind. Alle akuten Aeusserungen der Psychose werden gewöhnlich auf dem Boden des deutlich entwickelten epileptischen Charakters und der epileptischen Beschränktheit beobachtet.

J. Belizki: «Zur Frage über die Aetiologie der Migräne». (Nr. 10).

Krankengeschichte eines Arztes. Die Eigentümlichkeiten des Falles sind: 1) Das Gefühl des Vertaubens und Ameisenkriebelns trat stets auf derselben Körperhälfte auf. 2) Sprachstörung trat ausschliesslich nur dann auf, wenn rechtsseitige Parästhesien beobachtet wurden. 3) Der Zustand des Verdauungstraktes verstärkte Gährungsprozesse in ihm, Zufuhr von fetten Speisen und besonders intensiv der Tabaksgenuss hatten Einfluss auf das Eintreten der Migräne. 4) Der Anfall wurde von einem Gefühl der Unruhe und Angst begleitet. Die der Migräne zu Grunde liegenden Veränderungen der Hirnrindenzellen hängen nach Verfassers Meinung von Autointoxikationsprozessen ab.

W. Bechtereff: «Ueber die Messung des Hirnvolumen. Mit einer Zeichnung». (Nr. 10).

Verfasser kommt auf einen bereits 1892 von ihm konstruierten und beschriebenen Apparat zurück, der ebenfalls auf der Messung der durch das Hirn verdrängten Wassermenge beruht. Ein Blechzylinder auf 3 Füssen mit Stellschrauben, mit zwei Abflussschnauzen am oberen Rande, aus welchen das zu messende Wasserquantum in zwei untergestellte graduierte Glaszylinder sich ergiesst.

E. Erikson: «Ein Fall von alkoholischer polyneuritischer Psychose». (Nr. 10),

Klinische Beobachtung 5 Tage lang bis zum Tode. Autopsie. Ausführliche mikroskopische Untersuchung. Ungeachtet des kurzdauernden Verlaufes sind die pathologisch anatomischen Veränderungen recht intensive. Sie umfassen sowohl die Muskeln und peripheren Nerven, als auch das Rückenmark und Hirn in verschiedenen Abschnitten. Die klinischen Erscheinungen (Erinnerungsfälschung, Unfähigkeit, sich zeitlich und örtlich zu orientieren, Verwirrtheit, Muskelatrophie an den unteren Extremitäten, Schmerzen im Verlaufe der grossen Nervenstämme, Störungen der Sensibilität und Motilität, stürmische Erscheinungen von seiten des Schluck-

aktes, der Atmung in der Herztätigkeit) finden ihren objektiven Ausdruck in den oben genannten intensiven Veränderungen.

W. Bechtereff: «Ueber klinische und pathologisch-anatomische Eigentümlichkeiten der nervösen Form der Steifigkeit und der Ankylose der Wirbelsäule, und über deren Behandlung». (Nr. 12).

1892 und später hat Verf. in einer Reihe von Arbeiten eine besondere Erkrankungsform unter dem Namen «Steifigkeit der Wirbelsäule» beschrieben, deren Kardinalsymptome sind: 1) Eine grössere oder geringere Unbeweglichkeit oder ungenügende Beweglichkeit der ganzen Wirbelsäule oder eines bestimmten Teiles derselben bei Fehlen von ausgesprochener Schmerzhaftigkeit auf Beklopfen und Biegen. 2) Eine bogenförmige Verkrümmung der Wirbelsäule nach hinten, vorzugsweise im oberen Dorsalteile, wobei der Kopf etwas nach vorn gerückt und gesenkt ist. 3) Paretischer Zustand der Muskeln des Rumpfes, des Halses, der Extremitäten, grösstenteils mit geringer Atrophie der Rücken- und Schulterblattmuskeln ohne degenerative Anzeichen. 4) Abschwächung der kostalen und Ueberwiegen der abdominalen Atmung. 5) Abstumpfung der Sensibilität, vorzugsweise im Verzweigungsgebiete der Hautzweige der dorsalen und unteren cervikalen, bisweilen auch der lumbalen Nerven. 6) Verschiedenartige, obgleich nicht immer gleich sich äussernde, Reizungssymptome von seiten derselben Nerven in Form von Hyperästhesie, Parästhesien und Schmerzen im Rücken und in der Halsgegend, ebenso auch in den Extremitäten und in der Wirbelsäule, in letzterer besonders bei langem Sitzen. Zur Zeit verfügt Verf. über ca. 35 reine Fälle von «Steifigkeit der Wirbelsäule» aus seinem Material und aus der Litteratur. In allen bis zur Sektion verfolgten Fällen werde eine chronische Leptomeningitis, Degeneration der hinteren Wurzeln, sowie diese oder jene sekundäre Veränderungen im Rückenmark gefunden. An der Wirbelsäule selbst fehlte ein hyperplastischer Prozess in den Knochen und eine wirkliche Ankylose, dagegen war eine Atrophie der Knorpel, besonders in ihren vorderen Abschnitten, vorhanden, sowie eine Porosität und Rarefizierung der Wirbelknochen ohne wesentliche Veränderungen des Bandapparates. In den Fällen von ankylosierender Entzündung nach dem Typus Strümpell-Marie erwiesen sich die Ligamenta flava der Wirbelsäule als von einem verknöchernden Prozesse ergriffen, wobei die Wirbel selbst und die Zwischenwirbelknorpel freibleiben; in gleicher Weise wird bei dieser Form eine Verknöcherung der Rippenwirbelgelenke beobachtet, was bei der vom Verf. beschriebenen «Steifigkeit» nicht vorkommt. Endlich vollenden die von Marie angeführten Exostosen des Sakralteiles der Wirbelsäule und der schon klinisch konstatierbare ankylosierende Prozess der grossen Gelenke die Abtrennung des pathologisch-anatomischen Bildes dieser Krankheitsform von der «Steifigkeit der Wirbelsäule». An therapeutischen Maassnahmen gegen die Steifigkeit kommen in Betracht: Bäder, Dehnung der Wirbelsäule, Derivantia auf die Wirbelsäule, Massage, langdauernder Jod-Gebrauch. Gegen die Reizsymptome (Parästhesien, Schmerzen) helfen in erster Linie Morphium oder Heroin; weiterhin die Antineuralgica, Chloroform und Spirituskompressen, Menthol- und Anästhesinsalbe, der Paquelin. Als resorbierende Mittel haben sich dem Verf. bewährt Bäder von 28-29° R., rein oder mit Salz, Dampfbäder, feuchtwarme Wickelungen kompresses échauffantes auf die Wirbelsäule, endlich Lichtbäder. — Von inneren Medikamenten sind die Jod-, Salicylpräparate und das Antipyrin, bisweilen mit einander kombiniert, zu berücksichtigen. Einigen Erfolg sah Verf. von der systematischen Dehnung der Wirbelsäule mittels des von ihm angegebenen Apparates, und vom Liegen auf einer glatten geneigten Unterlage. Gegen die Muskelatrophien sind Massage und Elektrisierung indiziert. Die Therapie, der «ankylosierenden Entzündung der Wirbelsäule und der grossen Extremitätengelenke» verlangt dieselben resorbierenden und mechanischen Maassnahmen. Speziell die passive Gymnastik der ergiffenen Gelenke gibt günstige Resultate nach vorheriger Anwendung von feuchten Kompressen und von Bädern. Ebenso kann mit grossem Nutzen die Dehnung der Wirbelsäule mit vorangehenden hydropathischen Prozeduren kombiniert werden.

Michelson.

Russki Shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Russisches Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten). 1907 Nr. 8—9.

A. Jordan: «Ein Fall von Keratoma palmare hereditarium».

28-jähriger Pat. mit frischer Lues, sonst vollkommen gesund. Auf beiden Handtellern ausgedehnte breite schwielige Verdickungen, die durch häufige Schrundenbildung den Pat. belästigten und die Sensibilität der befallenen Körperteile stark beeinträchtigten. — Das Leiden war in der Familie seit der Urgrossmutter des Pat. erblich, doch waren nicht alle Familienmitglieder davon befallen.

N. Djatschkoff: «Zur Kasuistik der extragenitalen harten Schanker».

1 Fall von Schanker bei oder nach Panaritium, 1 Fall von Schanker am Finger bei einem Koch, 1 Fall von Schanker an der Lippe nach Rauchen eines weggeworfenen Papirosstummels, ein Fall von Schanker auf dem Bauche.

Weinberg: «Neue Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe».

In der vorläufigen Mitteilung wird nur erwähnt, dass die Methode auf Anwendung von Temperaturen unter 18° besteht, bei welchen die Gonokokken rasch umkommen sollen. (Es geht aus der Mitteilung nicht hervor, auf welche Art und Weise die Temperaturen appliziert werden. Ref.).

A. Lurje: «Ein Fall von Lepra tuberosa».

Bei Behandlung mit Ol. Chaulmoogria scheinbare Besserung.

W. Terebinski: «Die Reaktion von Wassermann, Bruck und Neisser und vermittelst derselben erhaltene Resultate».

Keine eigenen Untersuchungen.

P. Lomowitzki: «Ein Fall von Diabetes insipidus bei syphilitischer Basilarmeningitis».

Durch spezifische Behandlung vollkommen geheilt. Die Infektion des von einem mit Alkoholismus behafteten Vater stammenden Pat. war vor 3 Jahren erfolgt.

E. Botmann: «Spezielle psychische Beeinflussung bei Behandlung der Impotenz».

Verf. empfiehlt die Pat. neben einer allgemeinen Behandlung über die Physiologie der Genitalien aufzuklären.

Wichert.

Russki Wratsch (Russischer Arzt). 1907. Nr. 26—30.

N. Tschigaeff: «Die Lage der Brustwarzen beim Manne und die Bedeutung der linken Mamillarlinie bei der Bestimmung der Durchmesser der queren Herzdämpfung». (Nr. 26).

Bei der Annäherung der linken Grenze der Herzdämpfung zur linken Mamillarlinie ist mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Herzvergrösserung anzunehmen. Um einen genaueren Ueberblick über die Grösse der queren Herzdämpfung zu haben, muss man die genauen Maasse der absoluten und relativen Grenzen in Zentimetern ausmessen. In seltenen Fällen ist die linke Herzdämpfungsgrenze von der linken Mamillarlinie $1^1/_2$—2—$2^1/_2$ Ct. entfernt bei fraglos vergrössertem und kranken Herzen; andererseits giebt es wieder Fälle, in denen die linke Grenze die Mamillarlinie um $^1/_2$—$2^1/_2$ Ct. überragt und zwar bei nicht vergrössertem Herzen, aber bei engem Brustkorb (rhachitische Brust) besonders der linken Hälfte. Die Durchmesser der absoluten Dämpfung sind in der Mehrzahl der normalen Herzen 6, $6^1/_2$—7 Ct.; bei absoluter Dämpfung von $7^1/_2$ Ct. liegt eine Wahrscheinlichkeit, bei weiterer Zunahme eine zweifellose Vergrösserung der Durchmesser des Herzens vor.

Die relative Dämpfung des Herzens beträgt bei gesunden Menschen 10—$10^1/_2$—11 Ct.; angefangen mit $11^1/_2$ Ct. besteht schon der Verdacht auf Vergrösserung der Durchmesser.

A. Galebski: «Zur Frage über die Methode der Behandlung der Krankheiten des Lungengewebes mit Hülfe intratrachealer Eingiessungen». (Nr. 26).

Die Versuche zeigen, dass das Lungengewebe verschieden reagiert, je nach der Eigenschaft der eingeführten Flüssigkeit, der Konzentration u. s. w. Ol. amygdalar dulcium und physiologische Kochsalzlösung rufen selbst bei langdauernder Eingiessung nur geringgradige Veränderung des Lungengewebes hervor, ätzende Lösungen dagegen wie 1/10 pCt. Pyoktanin- oder 1 pCt. doppelchromsaures Kali bedingen katarrhalische Pneumonie. Die Lösungen von Eukalyptol und Menthol, welche bei Menschen angewandt wurden, bewirkten bei Tieren in derselben Dosis und in derselben Konzentration geringgradige Veränderungen des Lungengewebes, einen leichten Katarrh der Schleimhaut und Entwicklung von Granulationsgewebe in den intraalveolären Räumen. Die Eingiessung von obigen Lösungen bedingte in einigen Fällen Atelektase, in anderen Emphysem.

W. Schamarin: «Zur Frage über die Praeservativinjektionen mit Scharlachvakzine von G. Gabritschewski». (Nr. 26).

Die Scharlachvakzine ist unschädlich und wirksam und muss beim Auftreten der ersten Fälle von Scharlach vorgenommen werden. Wünschenswert sind wiederholte Injektionen, doch müssen sie ausgesetzt werden bei Fieber und Erkrankungen der Nieren.

M. Linschenko: «Die primäre Masernstomatitis. Stomatitis morbillosa desquamative primaria». (Nr. 26).

Bei allen kranken Kindern muss eine sehr genaue Besichtigung der Mundhöhle und des Gaumens vorgenommen werden, wobei die Schleimhaut der unteren Lippe und die Wangen, besonders aber der Mundwinkel besonders zu beachten sind. Es folgt eine detaillierte Beschreibung der Veränderungen der Mundschleimhaut.

N. Klodizki: «Eine neue Methode der bakteriologischen Untersuchung des Blutes». (Nr. 27—29).

L. Padlewski: «Ueber die Anwendung der Galle als Blutkultur zur frühen Erkenntnis des Unterleibstyphus». (Nr. 27).

Untersucht wurden im Ganzen 119 Fälle von Typhus und 27 andere Erkrankungen. Von den 119 Fällen erhielt P. in 84 d. i. in 70,6 pCt. aus dem Blut Typhuskulturen. Wenn man in Prozenten das Ergebnis wiedergeben soll, so war in der ersten Woche der Typhus, der sich in der Folge auch klinisch als solcher erwies, ein positives Resultat in 92,3 pCt., in der 2. Woche in 72,4 pCt., in der 3. Woche in 66,6 pCt. und in der 4. Woche in 33,3 pCt.

N. Wesselowsory: «Zur Kasuistik der Amputatio interscapulo-thoracica». (Nr. 27).

Diese Operation wurde nach der von Sapeshko modifizierten Berger'schen Methode ausgeführt. Das Resultat war ein durchaus befriedigendes. Verfasser tritt warm für diese Modifikation ein.

J. Kalaschnikoff: «Ueber die Anwesenheit von zylindrischem Flimmerepithel in der menschlichen Milz. (Zur Frage über die Entstehung der Geschwülste)». (Nr. 27).

Bei der Untersuchung der Organe eines 38-jährigen Mannes, der an einer hämorrhagischen Form von Unterleibstyphus gestorben war, fand K. in der Milz eine Gruppe von Zellen, welche genau dieselbe Struktur haben wie im Larynx. In keinem Organ wurde eine Geschwulst gefunden.

W. Narbut: «Ein Fall von Tetanie, geheilt durch Lumbalpunktion». (Nr. 27).

Dieser Fall ist von grossem Interesse in Bezug auf die Therapie dieser Erkrankung. Alle Mittel liessen im Stich, der Zustand wurde schlechter, die Anfälle wiederholten sich in der ersten Zeit alle 2 Tage, darauf täglich. Die Lumbalpunktion, bei der ca. 50 Cbcm. entleert wurden, hatte einen überraschenden Erfolg, das Allgemeinbefinden besserte sich, die Anfälle sistierten vollständig.

A. Berdnikoff: «Streptococcus mucosus capsulatus und seine Gruppenstellung». (Nr. 27).

A. Merz: «Die Augenkrankheiten im Greisenalter». (Nr. 27).

Im Greisenalter ist der Prozentsatz der Augenkranken sehr hoch, gegen 16%. Hauptsächlich wiegen die Erkrankungen der tiefen Augenhäute vor denen der äusseren Bindehaut vor. Die hypermetropische Refraktion ist bedeutend häufiger, als die myopische und emmetropische (H — 85 pCt., M — 8 pCt. und E—7 pCt.). Bei den Hypermetropen kann man keine Abhängigkeit der Sehschärfe von dem Grade der Hypermetropie konstatieren. Mit dem Alter nimmt die Sehschärfe ab und erreicht bei Menschen über 80 Jahre durchschnittlich die Hälfte; Trübungen der Linse waren in 5 pCt. zu beobachten. Von verschiedenen Formen des Glaukoms war am meisten das gewöhnliche und zwar in 76,7 pCt. zu konstatieren, das chronisch entzündliche in 15,8 pCt. und das akute entzündliche in 7,5 pCt. Der Prozent der Erblindeten ist ein sehr hoher, fast 5 pCt. Der Hauptgrund der Blindheit ist im Glaukom zu suchen 32,8 pCt., darauf kommen die Katarrakte an die Reihe 18,6 pCt., darauf Erkrankungen des Sehnervenapparats 17,8 pCt., und Trachom 10 pCt.

M. Zitowitsch: «Die Radikaloperation der Stirnhöhle nach Kilian». (Nr. 28).

Die Operation wurde so ausgeführt, wie Verf. sie hatte von Kilian machen sehen. Eine kleine Abweichung musste vorgenommen werden, weil die Stirnhöhle sehr tief war und besonders ausgebildete Buchten zeigte; die mittlere und die der Stirn waren ohne deutliche Scheidewand, die der Schläfe war sehr tief und mit der Augenhöhle durch einen engen Gang verbunden. Die vordere Wand wurde nicht vollständig reseziert, sondern nur so viel, dass man leicht und bequem die stark veränderte und verdickte Schleimhaut entfernen konnte. Die Gitterzellen waren sehr schlecht entwickelt. Der Nasenfortsatz war im inneren Augenwinkel sehr dick und blutete sehr stark, infolge dessen brauchte man zur Entfernung desselben viel Zeit. Die Wunde wurde oberflächlich mit Seide vernäht. Die Operation dauerte 2 Stunden 20 Minuten.

P. Mesernitzki: «Ueber den Einfluss des Borshommschen Wassers der Katharinenquelle auf den Purinumsatz bei gesunden Menschen». (Nr. 28).

Bei einer Nahrung, arm an Purinkörpern, erhöht das Borshomer Wasser die Harnsäureausscheidung, ohne die Ausscheidung der Xanthinbasen zu beeinflussen. Bei einer an Purinkörpern reichen Nahrung wird sowohl die Harnsäurewie Xanthinbasenausscheidung erhöht. Die Ausscheidung der Harnsäure wird sowohl exo- wie endogen erhöht, die der Xanthinbasen nur exogen.

J. Zitowitsch: «Der natürliche Magensaft und die Resultate seiner Anwendung bei Schwindsüchtigen». (Nr. 28).

Die Untersuchungen ergaben, dass der natürliche Magensaft vollständig die auf ihn gesetzten Hoffnungen rechtfertigt. Gleichzeitig mit dem Schwinden der unnormalen Erscheinungen von Seiten der Magendarmtraktur stellt sich der Appetit ein, Fleischdiät wird gut vertragen, und das Körpergewicht nimmt zu. Wichtig ist noch zu erwähnen, dass nach längerer oder kürzerer Zeit die nächtlichen Nachtschweisse aufhören.

W. Poteenko: «2 Fälle von vermeintlichem Aneyrisma durch Schussverletzungen». (Nr. 28).

M. Konopleff: «Zur Kasuistik der Entstehung des Leistenbruches». (Nr. 28).

D. Nikitin: «Streptokokkenvakzine als Praeservativmittel bei Scharlach». (Nr. 29).

Die Vakzineerkrankung ist ähnlich dem echten Scharlach. Die Impfungen sind unschädlich. Immunität wird nur nach wiederholten (2—3) Impfungen erreicht. Die Vakzination verringert die Empfänglichkeit und gibt die Möglichkeit die Epidemie in den Dörfern zu verkürzen. In Betracht zu ziehen ist bei jeder Impfung die Körpertemperatur und der Zustand der Nieren. Diese Beobachtungen erstrecken sich auf ungefähr tausend Fälle mit einer Dauer von 1 Jahr.

E. Bichmann: «Ueber den Mechanismus der Erweiterung des Magens». (Nr. 29).

M. Lifschitz: «Material zur Frage über die Gallenpigmente und ihre Bildungen». (Nr. 29).

W. Jakimoff: «Zur Frage über die Zersetzung des Atoxyls». (Nr. 29).

N. Proshanski: «Zur Frage über den Einfluss des Kollargol Credé auf das Herz und Gefässsystem der warmblütigen Tiere». (Nr. 30).

Das Kollargol wirkt auf die bedeutenden Dosen (0,03 pro Kilo) noch günstig auf das Herz, was die grössere Schnelligkeit und Amplitude der Kontraxtionen anbetrifft. Auf das Venensystem des Herzens wirkt es Gefässverengernd, wobei bei gesättigter 5proz. Lösung beim isolierten Herzen zuweilen eine krampfartige Kontraktion der Gefässe und sogar Herzstillstand beobachtet wurde. Deshalb ist beim Gebrauch von Kollargol sehr das Spermin zu empfehlen, zur Neutralisation der krampferregenden Wirkung des ersteren. Kleine Dosen üben fast gar keinen Einfluss auf den Blutdruck aus; grosse bedingen ebenfalls keine pathologischen Veränderungen im Körper.

N. Rodionoff: «Blei im Gefäss zur Präparation der laktobazillin Sauermilch». (Nr. 30).

D. Dorf: «Ein fibromatös veränderter Uterus mit erweiterten Tuben und zystisch degenerierten Ovarien in einem Bruchsack». (Nr. 30).

In der rechtsseitigen kindskopfgrossen Inguinalhernie befand sich der Uterus nebst den veränderten Adnexen. Supravaginale Amputation. Heilung.

A. Christoff: «Ein Fall von Invagination des Dünndarms, hervorgerufen durch Würmer». (Nr. 30).

Fr. Mühlen.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie). November—Dezember 1907.

A. Lotin: «Ueber die Behandlung der Tränensackfistel durch Elektrolyse».

Die zur Behandlung geeigneten Sonden können von der Firma Schaplygin in St. Petersburg bezogen werden. Die Sonde wird in die Fistel resp. in den stenosierten Teil des Tränenkanals eingeführt und mit der Katode der Batterie verbunden. Das Endstück der Anode wird mit Watte umwickelt, die mit Salzlösung angefeuchtet ist und in die Nasenöffnung der gleichen Seite hineingesteckt.

Die Stromstärke soll allmählich bis 5 M. A. ansteigen und allmählich auf 0 herabgeführt werden. Die einzelne Sitzung dauert nicht länger als 5 Minuten. Krankengeschichten.

K. Orloff: «Zur Pathologie der Tränenröhrchen».

O. bringt die ausführliche Beschreibung zweier Fälle von Aktinomykosis.

W. Eleonskaja: «Ueber die Entwickelung des Amyloid».

Zwei Fälle von amyloider Degeneration der Bindehaut.

N. Burzeff: «1. Lipoma subconjunctivale oculi dextri. 2. Sarcoma globocellulare subconjunctivale oculi dextri».

Klinische und mikroskopische Beobachtung.

E. Blessig: «Zur Aetiologie und allgemeinen Therapie des sogen. „entzündlichen" Glaukoms».

Confer. Nr. 34, 1907 dieser Wochenschrift. Ausser der lokalen Spezialbehandlung ist unbedingt auch gleichzeitig eine Allgemeinbehandlung durchzuführen je nach den vorhandenen Indikationen: Lues, Gicht, Arteriosklerose, Rheuma, Nierenleiden etc.

P. Tschistakoff: «Kasuistische Mitteilungen aus der Augenklinik zu Tomsk».

1. «Ueber Argyrosis Conjunctivae». Die mikroskopische Untersuchung zeigte das Epithel der Bindehaut intakt und ungefärbt. Unter dem Epithel liegt der Niederschlag wie ein regelmässiges feinkörniges Häutchen. Die tiefer liegenden elastischen Fasern erscheinen schwarz gefärbt, auf den Blutgefässen lagert sich Silber ab, die Intima der Gefässe bleibt aber immer intakt. Rein mechanisch und auf dem Wege der Diffusion dringt das Silber ein.

2. «Amyloide Degeneration der Lider». Drei Fälle.

3. «Emphysem der Lider». Trauma durch das Horn einer Kuh.

4. «Angiom der Orbita». Die Geschwulst, von der Grösse eines Taubeneis, sass vorne unter dem unteren Lide und wurde durch einen Hautschnitt entfernt. Ein beträchtlicher Teil des Orbitalfettgewebes musste mit entfernt werden. Glatte Heilung.

5. «Blasenförmige Ansammlung von Flüssigkeit unter der Bindehaut des Augapfels». Knabe von 10 Jahren. Das linke Auge vor 4 Jahren durch Stich verletzt und erblindet. Aussen und oben um die Hornhaut eine Blasengeschwulst, wie ein Wurm aussehend. Die Operation förderte eine gleichartige klare und wenig Blutkörperchen aufweisende Flüssigkeit. Die Blase kommunizierte mit einer Oeffnung in der Lederhaut. Naht. Glatte Heilung.

6. «Eine Anomalie der Sehne des Rectus externus. Bei Ausführung der Tenotomie fand sich eine Teilung der Sehne. Dicht vor der Gabelung soll die Sehne 8 Mm. breit gewesen sein.

A. Basutinski: «Zur Kasuistik der traumatischen orbitalen Lähmungen der Augenmuskeln».

Stoss gegen einen Haken, der die Bindehaut und Sehne des Rectus superior einriss und zugleich eine Parese des Obliquus superior veranlasste. Ausführliche klinische Beobachtung.

Augenärztliche Gesellschaft zu Kiew.

Sitzung am 25. Januar 1905.

A. Schimanowski stellt ein Mädchen von 16 Jahren vor, welches an Scheidentripper litt, das rechte Auge infizierte und zur Zeit — nach zwei Monaten — ein typisches Trachom auf der Bindehaut dieses Auges zeigt.

H. Nesse: «Die Augenheilkunde und ihre Vertreter an der Kiewer Universität».

K. Rumschewitsch: «Ein Fall von Tuberkulose der Aderhaut».

Ausführlicher klinischer und mikroskopischer Befund. Mädchen von 10 Jahren.

Sitzung am 5. März 1905.

A. Schimanowski stellt vor: ein Mädchen von 11 Jahren, das an beiden Augen wegen Schichtstar operiert wurde: Diszissio ohne nachfolgende lineare Extraktion. Resorption gut auf dem linken Auge, beiderseits aber Iritis. Ein Mädchen von 16 Jahren. Myopie von 16 D, primäre Extraktion der durchsichtigen Linse, idealer Heilungsverlauf. Ein Mann von 24 a. n. Myopie von 20 bis 24 D, primäre Extraktion der durchsichtigen Linse. Heilungsverlauf beiderseits normal. Ein Mann von 27 a. n., Myopie von 16—18 D, taubstumm, zugleich Trachom im Narbenstadium. Diszissio. Nach 5 Tagen Linearextraktion und Ausspülung der Kammer. Operation des Nachstares zu erwarten. Mann von 28 a. n., Myopie von 35 D (?). Extraktion der klaren Linse, guter Verlauf. Die Vorstellung soll die primäre Extraktion empfehlen, wenn es sich um hochgradig Kurzsichtige handelt, deren Kurzsichtigkeit durch Entfernung der Linse herabgesetzt werden soll.

H. Neese: Klinischer Bericht und Demonstration von Praeparaten eines Falles aus der Kinderpraxis, wo es zweifelhaft erschien, ob eine bösartige Geschwulst oder Entzündungsprodukte im Auge sassen. Die Sektion ergab ein Gliom.

Sitzung am 11. April 1905.

M. Koslowski stellt einen Mann vor dem wegen hochgradiger Myopie beide Linsen entfernt wurden.

E. Neese: Einer alten Frau wurde vor 6 Jahren aus der Brust ein Cysto-Sarcoma proliferans entfernt. Darnach Erkrankung des Auges, Diagnose Tumor intraocularis et Glaucoma secundare. Die Patientin ging wohl sofort auf die Enukleation ein. Im Laufe längerer Zeit traten mehrfach Remissionen ein, der Art, dass das Auge den Habitus atrophicus annahm. Dann trat wiederum Vergrösserung und Hartwerden des Auges auf. Nach der Enukleation fand sich im Bulbus ein alveoläres Sarkom der Aderhaut mit nekrotischen Herden.

A. Schimanowski spricht über Professor Chodin und seine Bedeutung für die vaterländische Augenheilkunde.

St. Petersburger Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung am 19. Oktober 1903.

D. Popoff demonstriert aus Persien mitgebrachte augenärztliche Instrumente.

K. Karnitzki demonstriert einen Fall von Koloboma N. optici.

A. Wainstein demonstriert einen Fall von Retinitis proliferans, mikroskopische Praeparate der Keratitis phlyctaenulosa.

J. Felser verliest eine biographische Skizze zum Gedächtnis an Professor Adamük.

Th. Germann spricht zum Thema: Gefährdetes Sehvermögen kann eine schwerwiegende Indikation zur Einleitung der Frühgeburt oder eines Abortes sein. Confer. diese Wochenschrift Nr. 36, 1906.

Th. Kubli: Ueber Alypin und Novocain. Beide können das Kokain nicht ersetzen.

Sitzung am 2. November 1906.

A. Newolina demonstriert 1. einen Patienten mit einem Geschwür am unteren Lide. Die Natur des Geschwüres ist zweifelhaft, da eine mikroskopische und bakterielle Untersuchung fehlt. 2. Geschwulst des oberen Lides nebst Hautfistel, nach einem Trauma entstanden. Verdacht auf Anwesenheit eines Fremdkörpers in der Orbita.

Th. Germann stellt eine 26 Jahre alte Frau vor mit Katarakt auf dem linken Auge. Zwei Monate vor der Geburt des ersten Kindes begann das Sehvermögen bedeutend zu sinken, zur Zeit stillt die Frau ihr Kind. Ein Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und Kataraktbildung ist sicher anzunehmen. Germann verlangt Absetzung des Kindes und warnt die Frau vor nochmaliger Schwangerschaft.

Th. Kubli: Ueber die Behandlung von Augenerkrankungen durch Blutstauung nach Bier.

A. März: Ueber die Augenabteilung im Hospital des roten Kreuzes zu Irkutsk. 1904—1905. Die Gruppe der durch Granatsplitter und Kleingewehrprojektile an den Augen Verletzten ist nicht zahlreich.

Sitzung am 30. November 1906.

Demonstrationen: Kryptophtalmus ciatricens. Plastik des oberen und unteren Lides durch Hautlappen nach Tiersch. Um die Augenbrauen zu markieren ist die Haut tätoviert durch Stichelung und Touche. Messingpatronenhülse entfernt aus dem natürlich verlorenen Auge. Amyloidtumor der Bindehaut bei Trachom. In der Extraktionsnarbe eingeheilte Kapselreste.

A. Schidlowski: Ueber die Wirkung des Adonidin auf das Auge.

Das Adonidin kann als Anästheticum mit dem Kokain nicht konkurrieren. Um unter Adonidin zu operieren, müssen die Reizerscheinungen erst abgewartet werden! In fünf Minuten 2 Tropfen einer 2 pCt. Lösung geben nach 25 Minuten volle Anaesthesie, welche dann 3—4 Stunden anhält. Gleich nach der Einträufelung starke allgemeine Reizung, welche nach einer Stunde schwindet. Darnach kann man erst mit der Operation beginnen.

Eine schätzbare Eigenschaft ist die schmerzstillende Wirkung, was an Glaukomkranken und bei Iritis und Iridocyklitis erwiesen wurde.

A. Wainstein: Ein Fall von Orbitalcyste. Praeparate.

Sitzung am 14. Dezember 1906.

N. Nikanoroff: Ueber Isophysostigmin.

Es ist sehr viel haltbarer als Salicyl-Eserinlösung. Drei Tropfen einer $^{1}/_{10}$ pCt. Lösung setzen den Augendruck deutlich herab und die Wirkung dauert länger an, als bei 1 pCt. Eserinlösung. Keinerlei Nebenwirkungen, keine Schmerzen.

Sitzung am 25. Januar 1907.

Demonstrationen: Cyste auf der Plica semilunaris. Epithelcyste der Bindehaut auf dem Augapfel zwischen Karunkel und Hornhautrand. Subkonjunktival-Cyste, Myxom der Conjunctiva bulbi, Fibroma congenitum conjunctivae bulbi et corneae, Hornhautgeschwür ex inanitione bei einer Frau, welche zur Zeit das fünfte Kind von 6 Monaten säugt. Der Fall bildet eine Ergänzung zur Mitteilung Germann's Confer. Sitzung am 19. Oktober 1906. Epitheliom des unteren Lides.

Sitzung vom 15. Februar 1907.

Demonstrationen: Germann hat ein Hornhautleukom in folgender Weise tätoviert: Zunächst wird mit der Trepankrone ein scharfer schwarzer Kreis eingeschnitten und die Tusche an der inneren Seite der Trepankrone aufgetragen, darnach wird das vom schwarzen Kreise umschlossene Stück tätoviert durch Stichelung mit der Hohlnadel. Um nicht ausserhalb des Kreises zu geraten, soll man einzelne Stiche machen und dazwischen mit Borlösung spülen. Der Gesammteffekt ist sehr gut und gefällig.

Ferner werden demonstriert: ein Fall von Lidplastik, eine Bildskizze kann eingesehen werden: Band 17, pag. 576. Der gestielte Lappen wurde zur Deckung benutzt.

Kind von 8 Monaten mit zwei angeborenen Colobomspalten im oberen Lide des linken Auges. Ein Fall von Paralysis des Levator palp. super. oc. dextr. n. oculomotorii.

Praeparate eines typischen Dermoidtumors vom oberen Lide.

A. Lezenius spricht über hydrotherapeutische Behandlung der Neuritis optica. In extenso deutsch erschienen im März-April-Heft der Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. 1907.

Sitzung vom 29. März 1907.

Demonstrationen: Fall von Tuberkulosis der Lidhaut, Bindehaut und Hornhaut, zugleich Lupus an der Nase und Phthisis pulmonum. Ein Fall von Chorioretinitis congenita oder Ruptura chorioideae nebst sekundären Veränderungen. Der Mann erhob wegen der Verletzung Entschädigungsansprüche. Die Mehrzahl der Anwesenden deutet den Befund als kongenitalen Defekt. Praeparate von Acarus folliculorum. Praeparate eines Auges, welches 7 Monate nach einer Verletzung durch Eisensplitter entfernt wurde wegen sympatischer Erkrankung des zweiten Auges. Es fand sich: eine kollossal entwickelte Stauungspapille, die Netzhaut ist durch eine organisierte Exsudatschicht abgehoben.

P. Botschkowski: Ueber die geographische Verbreitung des Trachoms in Russland.

G. Kanzel: Ueber Augenverletzungen, beobachtet und behandelt in der St. Petersburger Augenheilanstalt in den Jahren 1902—1905. Angeblich durch Eisen allein verletzt 397. Unter diesen 138 Augen mit nachgewiesenem Splitter, 126 Ma gelang es den Splitter mit dem Elektromagneten zu holen! Die Endresultate der Behandlung obiger 126 Augen ergaben. Totalverluste 35 mit erhaltenem Augapfel, aber blind 40, mit: einem Sehvermögen = $^{1}/_{10}$, 6 Augen, mit Visus $^{1}/_{10}$ bis $^{5}/_{10}$ 26 Augen, mit Visus $^{5}/_{10}$—$^{10}/_{10}$ 19 Augen. Mit dem Hand- oder Sondierungsmagneten und dem Riesenmagneten wurde operiert.

Sitzung am 12. April 1907.

Demonstration eines Falles von Retinitis proliferans. Ein zweiter Fall gehört vielleicht ebenfalls hierher, bietet aber im wesentlichen folgendes Bild: flache Netzhautablösung, Spuren alter Netzhautblutungen, weisse Stränge, und auf diesen zahlreiche, intensiv weiss und metallisch glänzende Niederschläge oder Bildungen, die Krystallen gleichen.

O. Lewitzkaja: Bericht über die Tätigkeit augenärztlicher Abkommandierungen nach Tobolsk, Tjumen in Sibirien, Pischpek, Kopal, Dijarkent und Werni im Gebiet Semiretsche der innerasiatischen Besitzungen. Ueberall überwiegt das Trachom.

K. Kardo-Sisoeff: Ueber die Behandlung des Trachoms durch Radiumbestrahlung. Confer. Nr. 3 dieser Beilage.

Genau nach den Angaben Selenkowski's verfahrend, hat Verf. 80 Patienten mit 114 Augen behandelt. Körniges Trachom aller Stadien, mit und ohne Infiltration des subkonjunktivalen Gewebes mit und ohne Pannus kamen zur Behandlung. Er ist mit den Resultaten sehr zufrieden.

Sitzung am 3. Mai 1907.

Demonstrationen: Buphthalmus und kolossale Hyperplasie des oberen Lides. Cholestearinkrystalle im Glaskörper. Demonstration von Präparaten eines subkonjunktivalen Lipomes und eines subkonjunktivalen Sarkoms.

E. Heyking spricht als Gast über die Operation nach Krönlein. In der retrobulbären Chirurgie ist die Operation nach K. durch keine andere zu ersetzen und kann die Operation auch ohne Schädigung zu diagnostischen Zwecken ausgeführt werden.

Jahressitzung am 4. Oktober 1907.

In Anlass des zehnjährigen Bestehens der Gesellschaft liefert der wissenschaftliche Sekretair Dr. Tschemolossoff einen Rückblick und der Präsident Professor Ballarminoff spricht über die Gründung und Entwickelung des Vereines.

In Anlass des zehnjährigen Bestehens der Gesellschaft werden Ehrenmitglieder ernannt.

Den Präsidialvortrag hielt Th. Kubli über das Thema «Neue Wege in der Augenheilkunde». Die praktisch wichtigen Resultate der Bakterienforschung und die Serumbehandlung bildeten die Hauptpunkte dieses Vortrages der mit grossem Beifall aufgenommen wurde.

G—n.

Wojenno-Medizinski Shurnal. (Militär-medizinisches Journal). (Januar—Februar) 1907.

L. Bert'enson: «Zur Frage der Reduktion des Alters der Militärpflichtigen von 21 auf 20 Jahren». (Nr. 1).

Die Reduktion des Alters der Militärpflichtigen ist im Interesse des Sanitätszustandes der Armee nicht nur nicht wünschenswert, sondern sogar schädlich.

E. Kamenski: «Ueber die Tätigkeit des Laboratoriums für den militär-medizinischen Bedarf». (Nr. 1).

S. Logaschkin und M. Sabrodin: «Ueber den hohen Steinschnitt (62 Fälle) mit Anlegung der Blasennaht». (Nr. 1, 2, 3).

Verf. besprechen die Resultate der Blasensteinoperationen bei 62 Pat., von denen die meisten Kinder aus der Umgegend waren. Den Vorzug verdiene das Razumoffski-sche Verfahren, wobei durch ein und dieselbe Naht sowohl die Blase geschlossen als auch an die vordere Bauchwand fixiert wird. Die Nähte lassen sich später entfernen. Die nach diesem Verfahren operierten 36 Fälle ergaben 2 Todesfälle, die Operationsmethode mit versenkter Blasennaht 3 Todesfälle. Die Verwendung des Verweilkatheters wird nicht gebilligt.

N. Gravirowski: «Ueber die blutige Naht bei Querbrüchen der Patella». (Nr. 1).

2 Fälle von Querbrüchen der Patella. Naht. Heilung.

W. Tichomiroff: «Ueber die Bedingungen einer erfolgreichen Untersuchung der Herzgeräusche». (Nr. 1).

Eine kurze Anleitung für Anfänger.

J. Kotowitsch: «Die physiologische und therapeutische Wirkung des Elektrisierens des Kopfes und die elektrische Einschläferung». (Nr. 1).

Verf. hat sowohl bei zerebraler Neurasthenie als auch bei anderen Formen von Herabsetzung der Gehirntätigkeit und sogar bei organischen Gehirnerkrankungen den galvanischen Strom mit Erfolg angewandt.

L. Podlewski: «Ueber die Lage des Militärsanitätswesens bei den Japanern während des Krieges 1904—1905». (Nr. 1, 2, 4, 5).

Verf. hat Gelegenheit gehabt im Laufe mehrerer Monate in Japan verschiedene Quellen zwecks Ermittelung der Erkrankungs- und Mortalitätsziffern der japanischen Armee und Flotte zu benutzen und die Organisation des Sanitätswesens persönlich kennen zu lernen. Die Arbeit enthält eine ganze Reihe von Angaben, welche aus verschiedenen Gründen nicht an die Oeffentlichkeit kommen konnten. Indem wir Interessenten auf das Original verweisen, das in Heften erschienen ist, möchten wir nur einige der, wie uns scheint, wichtigsten Stellen referieren. Als Beispiel für die militär-medizinische Organisation Russlands muss das überall in Japan streng durchgeführte Prinzip angesehen werden, wonach der Militärarzt nicht blos ein Berater, sondern auch ein faktischer Kontrolleur bei der Durchführung von sanitären Massregeln ist, was die Autorität des Arztes sehr stark hebt. Die sich widersprechenden Angaben über die Anzahl der Verwundeten und Kranken im Laufe des ganzen Krieges hat Verf. mit verschiedenen Quellenangaben konstatieren können und gibt die enorme Ziffer von 632,692 an. Das durchschnittliche Verhältnis der Gefallenen zu den Verwundeten beträgt 1:4. Die Hälfte sämtlicher Erkrankungen in der Armee verursachte das Beri-Beri mit einer Krankheitsziffer von ca. 112,000 bei einer Mortalität von 25,000. Merkwürdig ist das Verhalten der offiziellen japanischen Berichte, die kein Wort über diese Krankheit fallen lassen. Mit der Einführung einer mehr stickstoffhaltigen und abwechselnden Ration sank die Morbidität der Mannschaften an Beri-Beri stark. In der Flotte sollen keine Beri-Beri-Erkrankungen vorgekommen sein, was seinen Grund in der Einhaltung der erst später in der Armee eingeführten vollwerten Ration hat. Es wurde zur Regel gemacht einen Beri-Beri Kranken so bald als möglich nach Japan zu evakuieren, da erfahrungsmässig dann schnell mit dem Ortswechsel Heilung erfolgte.

Interessant sind die Ausführungen des Autors über die deletäre Wirkung der Minen in der Flotte, die 6 pCt. sämmtlicher Todesfälle ausmacht.

Entschieden nachahmungswert ist die Organisation des Roten Kreuzes der Japaner, die mit dem Militärressort ein einheitliches Ganzes bildet und sich vorteilhaft von der Sachlage in der russischen Armee abhebt, wo ein steter Wettbewerb zwischen diesen beiden Organisationen sich fühlbar machte.

T. Kijeffstschinski: «Ueber die supplementären Militärsanitätszüge». (Nr. 1).

Kritik der supplementären aus Waarenwaggons etc. hergestellten Sanitätszüge und Vorschläge zur Abstellung der Missstände.

S. Waditschko: «Psychische Erkrankungen in Port-Arthur während der Belagerung». (Nr. 1 u. 2).

W. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Während der Belagerung wurden in die psychiatrische Abteilung 39 Pat. (Offiziere und Soldaten) aufgenommen, was sich auf die 52,000 starke Garnison bezieht (0,75‰).

2) Während der Belagerung selbst kamen 20 Erkrankungen vor (0,38‰).

3) Bei allen Erkrankten bestanden Erscheinungen physischer und psychischer Degeneration. In der Anamnese waren Alkoholismus, Lues, ungünstige heriditäre Verhältnisse etc. vermerkt.

4) Die vorherrschenden Psychosen waren: Amentia Meynerti 7 Fälle, periodische Psychose 6 Fälle, neurasthenische und alkoholische Psychosen je 4 Fälle.

J. Kasas: «Alypin in der Ophthalmologie». (Nr. 1).

K. warnt vor der Anwendung des Alypins, das vor dem Kokain keine Vorteile haben soll.

A. Putschkowsky: «Lebendige Fremdkörper im Ohre».

Therapie bezweckt 1) die Abtötung und Entfernung des Insekts und 2) die Beseitigung der entzündlichen Erscheinungen. Die Abtötung der Insekten wurde erfolgreich mittels Ol. olivarum ausgeführt.

L. Bertenson: «Ueber die oligodynamische Wirkung des Kupfers». (Nr. 2).

Sammelreferat.

L. Dagaeff: «Zur operativen Behandlung der Milzzysten». (Nr. 2).

Mitteilung eines Falles einer haemorrhagischen Milzzyste, die durch eine zweizeitige Operation geheilt wurde.

B. Schaufieff: «Zur Tuberkulosebekämpfung in der Armee». (Nr. 2).

Nach den offiziellen Jahresberichten beträgt die Sterblichkeit der Soldaten an der Tuberkulose 880 Mann, was 20 pCt. der Gesammtmortalität ausmacht. Jährlich werden durchschnittlich 2380 Mann als für den weiteren Militärdienst untauglich entlassen. Zusammen macht die Tuberkulose 3,23‰ Tote und Untaugliche aus.

Klopfer.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. № 15.

levue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 3. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1908.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

irurgija (Chirurgie).
tskaja Medizina (Kinderheilkunde).
hemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
edizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
edizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
lontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
oosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
harmazewt (Pharmazeut).
raktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
usski chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski Shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten) Nr. 12, 1907.

G. Rein: «Nachruf an N. Strawinski».

W. Oppel: «Ueber die Abhängigkeit der Salpingitis von Appendicitis».

O. teilt einen kasuistischen Fall mit, der ihm zur Schlussfolgerung Anlass gibt, dass die Tube sich an der Bildung einer Periappendicitis beteiligen kann, wodurch eine Funktionsstörung derselben hervorgerufen werden kann. Ausserdem ist es möglich, dass ein Abszess des Appendix sich in die Tube entleeren und eine eitrige Salpingitis hervorrufen kann.

L. Okintschitz: «Ueber die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Ovarium».

An 27 Kaninchen wurden folgende Experimente gemacht: einer Gruppe wurden beide Eierstöcke und die Schilddrüse entfernt, einer anderen nur letztere. Die erste Gruppe lebte länger nach der Operation (9 gegen 3 Wochen), woraus gefolgert wird, dass die Schilddrüse das Plus der Ovariensekretion vernichtet. Die in jüngerem Lebensalter stehenden Kaninchen vertragen die Entfernung der Schilddrüse leichter, als ausgewachsene; ausserdem ruft eine solche einen Stillstand der Entwickelung oder sogar eine Atrophie der Geschlechtsorgane hervor. Die Entfernung der Ovarien war von keinem Einfluss auf die Struktur der Schilddrüse.

P. Garfunkel: «Die Veränderungen der Tuben während Schwangerschaft bei Kaninchen».

Das Resultat der Untersuchungen war: vermehrte Vaskularisation, Hypertrophie und Hyperplasie der Muskel- und Epithelelemente.

A. Wahrhaftig: «Elephantiasis labii minoris sinistri».

Eine 18-jährige Pat. bot einen über kindskopfgrossen Tumor dar, der von pastöser Konsistenz, höckerig war und von dem kleinen Labium ausging. Entfernung des Tumors. Die mikroskopische Untersuchung stellte die elephantiastische Natur des Tumors fest.

D. Schtschetkin: «Ueber die Wertschätzung der russischen Perforatore und die Lokalisation der Perforationsöffnung».

Von russischen Geburtshelfern haben Jastrebow, Fenomenow und Lasarewitsch besondere Perforatore angegeben. Verf. resumiert seine Arbeit dahin, dass die Bohrerform vorzuziehen sei. Das Perforatorium soll den Knochen in der Führungslinie treffen (nicht die Naht), bei Gesichtslage durch die Augenhöhle gehen, bei nachfolgendem Kopf durch die Schädelbasis durch den Mund, ausnahmsweise durch das Hinterhaupt.

J. Ssudakow: «Ein Fall von Lithopädion».

Sechs Jahre, nachdem bei der Pat. eine 7-monatliche Extrauteringravidität konstatiert war, die wegen Weigerung der Pat., operativ behandelt zu werden, expektativ behandelt wurde, stellte sich die Kranke vor mit einem kindskopfgrossen harten Tumor. Der Foetus war, wie es sich bei der Operation erwies, mit dem Netz verwachsen, in Adhaesionen eingebettet. Der Foetus war eingeknickt und zusammengefalten, in diesem Zustand 16 Ctm. lang, Gewicht 540 Gramm. Pat. genas.

Th. Ssolowjew: «Ueber einen Fall von Cystofibrom und die pathologisch-anatomischen Veränderungen im Gewebe der Uterusfibrome».

Bei einer 47-jährigen Pat. wurde ein Cystom diagnostiziert, bei der Operation erwies sich dieses als ein vom Uterusgewebe ausgehender elastischer dünnwandiger Tumor. Dieser wurde punktiert und abgetragen. Die Sackwandungen ergaben bei der mikroskopischen Untersuchung die Struktur eines Fibroms, wobei es sich um eine myxomatöse Degeneration handelte.

M. Kleinmann: «Eine Blasenmole im myomatösen Uterus».

Eine 40-jährige Pat. trat in stark anaemischem Zustand ins Hospital ein. Der Cervikalteil geht in eine Geschwulst

über, die sich im hinteren Scheidengewölbe hart anfühlt, Uterus nicht zu fühlen, Anamnese unzuverlässig Operation wegen starker Blutung. Man sah nach Eröffnung der Bauchhöhle einen Uterus, der einer viermonatlichen Gravidität entsprach, daneben einen kindskopfgrossen Tumor. Supravaginale Amputation, Genesung. Bei Besichtigung des Praeparates sah man, dass es sich um die Ansiedelung einer Blasenmole in einem myomatös degenerierten Uterus handelte.

E. Lustwerk: «Ein Fall von Hemicephalie».

L. Kriwski: «Bericht über die Verhandlungen der an den städtischen Gebärasylen angestellten Geburtshelfer».

O. Prokowjewa: «Ueber einen Fall von Gesichtslage bei engem Becken».

Lingen.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie). Januar—Februar 1908.

J. Rubert: «Ueber den Einfluss des Adrenalins auf den Augendruck».

Ausschliessliche Beobachtungen an Menschenaugen. Dreizehn Augen mit normalem Augendruck, 21 Augen mit erhöhter Tension wurden zur Beobachtung benutzt. Adrenalin Takamine 1:1000 der Firma Parke, Davis et Co. Die Augenspannung wurde mit dem Tonometer Maklakow's gemessen. Die praktisch wichtigen Resultate dieser Arbeit sind: 4—5 Tropfen Adrenalin 1:1000 in den Bindehautsack geträufelt, setzen den Druck zunächst herab, dann steigt er wiederum und fällt dann abermals. Bei Glaukomaugen soll man mit dem Gebrauch des Adrenalins vorsichtig sein, auch wenn zugleich Eserin gegeben wird.

L. Blumenthal: «Zur Operation der Cataracta congenita totalis».

Ein schlecht genährtes, schwaches und an heftiger Bronchitis leidendes Kind von elf Monaten. Auf dem rechten Auge Diszissio ohne sichtlichen Erfolg. Links wird linear extrahiert, wobei die Linsenmassen zum Teil fest und bröckelig austreten. Hornhautnekrose längs des Schnittes, Pupillarabschluss, Exophthalmus infolge des Auftretens eines retrobulbären Abszesses. Temp. 39,3. Durchbruch des Abszesses. Eine in der Bildung begriffene Kerektasie geht hiernach zurück. Der Allgemeinzustand des Kindes hätte wohl besser den Aufschub der Operation veranlassen sollen. Wahrscheinlich hat eine Pneumokokkeninfektion den Misserfolg veranlasst.

K. Lepin: «Ein Cysticercus im Glaskörper».

Ein 52 Jahre alter Mann. Mit Erfolg operiert.

Odessaer Ophthalmologische Gesellschaft.

Bericht über das 4. Jahr vom November 1906 bis Oktober 1907, 8 Sitzungen. 20 Demonstrationen. Vorträge: W. Filatow: Ueber Zytotoxine und Autozytotoxine und deren Wirkung auf das Auge. A. Judin zur Zyklodialyse nach Heine. Er hat zwei Glaukomaugen ohne Erfolg operiert.

S. Golowin: Ueber Cysten des Siebbeines, die in die Augenhöhle übergriffen. Sechs Fälle nebst Krankengeschichten und Operationsverlauf.

A. Slutschewski: Ein Fall von sehr schnell sich entwickelnder Sehnervenatrophie nach Kopftrauma. Höchstwahrscheinlich Basisfraktur.

S. Lewitzki und J. Jakubski: Neuritis bei Cerebrospinalmeningitis.

L. Lewitzki: «Bitemporale Hemianopsie bei Erkrankung des Sinus sphenoidalis.

Moskauer Gesellschaft der Augenärzte.

Sitzung am 27. Februar 1907.

Demonstration.

P. Galli: Ein Fall vorübergehender Blindheit, veranlasst durch Fischgift.

N. Prawosud: Ueber die operative Behandlung der Brüche des Orbitalfettes. Spalten in der Fascia tarsoorbitalis veranlassen die Brüche.

Derselbe: Ein Fall von Diphtherie der Bindehaut am oberen Lide, lokal begrenzt. Löfflersche Stäbchen, Serumbehandlung. Heilung.

Sitzung am 27. März 1907.

Demonstrationen.

W. Strachow: Ein Fall von Tumor an der Kornea-skleralgrenze — vielleicht Leukosarkoma.

A. Strukow: Bäuerin von 20 Jahren, beiderseits plötzlich erblindet unter dem Bilde des sogenannten Glaukoma fulminans (Graefe).

S. Lojetschnikow: Ein doppelseitiger Fall von Retinitis proliferans.

Sitzung am 17. April 1907.

A. Natanson: 1. Epithelioma papillare conjunctivae bulbi. 2. Hyperplasie der Bindehaut auf dem Augapfel.

S. Smirnow: Ein Fall von Pseudogliom. Mikroskopische Praeparate.

A. Natanson: Praeparate von Miliarknötchen aus der Bindehaut einer Syphilitischen. Amyloide Degeneration der Bindehaut.

G—n.

Wojenno-Medizinski Shurnal. (Militär-medizinisches Journal). Februar—Juni incl. 1907.

S. Troizki: «Ueber die Malariaerkrankungen des Magendarmtraktus und ihre Bedeutung». (Nr. 2).

T. fasst die bei der Malaria auftretenden Funktionsstörungen des Magendarmtraktus als ein Symptom der gestörten Lebertätigkeit und nicht als eine Lokalisation der Malaria auf.

J. Grimm und P. Lasarewitsch: «Die Sanitätsübungen im Felde in der französischen Armee». (Nr. 2 u. 3).

W. Demitsch: «Das vierte kombinierte Hospital in Charbin». (Nr. 2, 3, 4).

Rechenschaftsbericht eines Hospitals, das im Rücken der Armee ausschliesslich venerisch Kranke aufnahm.

S. Mark: «Zur Pathologie des Herzens bei Verlagerung der Eingeweide». (Nr. 3 u. 4).

2 eigene Fälle.

D. Glinski: «Neue Fakta zur Physiologie des Gehirns». (Nr. 3).

Zur Lehre von den Reflexen.

F. Gadsiatzki: «Ueber den Einfluss der Infektionskrankheiten auf die Entwickelung der Nerven- und psychischen Erkrankungen». (Nr. 3 u. 4).

Nichts Neues.

W. Tichomirow: «Zur Frage über eine Verminderung der aus dem Dienst als unfähig Entlassenen». (Nr. 3).

Th. Dombrowski: «Zur Reorganisation der militärischen Sanitätsordnung». (Nr. 3).

J. Rapczewski: «Gutachten über den Bericht der Kommission über die Ausfindigmachung der besten Desinfektionsmethoden für Schafspelze». (Nr. 3—6).

Praktisch leicht durchführbar und zuverlässig ist die Formaldehyddesinfektion.

M. Zitowitsch: «Die Radikaloperation des Warzenfortsatzes, die Operation der Nasenscheidewand und die Entfernung der Gehörknochen». (Nr. 3).

Eindrücke des an deutschen Kliniken Gesehenen.

G. Albrecht: «Zur Frage über die Röntgenoskopie und Röntgenographie bei durch Schussverletzungen hervorgerufenen Knochenbrüchen». (Nr. 3).

Kritik einer von A. Kablukow veröffentlichten Arbeit, wo letzterer die Ansicht ausspricht, dass das Mantelgeschoss die Diaphyse eines Röhrenknochens durchbohren resp. verletzen kann ohne einen Bruch hervorzurufen.

K. Bergmann: «Bericht über die operative Tätigkeit der chirurgischen Abteilungen des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals für die Jahre 1900—1906». (Nr. 4—7).

P. Gubarew: «Zur Frage über die künstlichen Inguinalhernien». (Nr. 4).

Beschreibung 2 Fälle.

G. Masurow: «Ueber die notwendigen Veränderungen im Sanitätstrain und dem Train eines abgeteilten Bataillons». (Nr. 4).

A. Putschkowski: «Zur Kasuistik des harten Schankers der Mundhöhle». (Nr. 4).

6 Fälle.

J. Halpern: «Zur Diagnostik und Therapie der Urethritis posterior». (Nr. 4).

Während der Normalharn auch bei längerem Stehen klar und ohne Sediment bleibt, bildet sich bei der Urethritis posterior spätestens ³/₄—1 Stunde nach dem Harnlassen ein mehr oder weniger bedeutendes Sediment, das aus Schleim und Leukozyten besteht, in dem sich gewöhnlich Gonokkoken nachweisen lassen.

G. Gurewitsch: «Ueber die Degeneration und Nekrose des Leberparenchyms bei Lebersyphilis». (Nr. 5—7).

Anatomisch-pathologische Abhandlung.

A. Zazkin: «Ein Fall einer einseitigen nicht vollständigen Entwickelung des M. pectoralis major». (Nr. 5).

Mit 2 Photographieen.

N. Davydow: «Mehrere Schussverletzungen auf nahe Entfernungen mit dem 3 Linien-Mantelgeschoss». (Nr. 5).

S. Logaschkin: «Zur Frage der Infektiosität der Lepra». (Nr. 5 u. 6).

Beschreibung 3 im Uralkosakenheerhospital beobachteter Leprafälle, die die Infektiosität und Heredität dieser Krankheit betonen sollen.

S. Krotkow: «Zur Frage über die prophylaktische Chininwirkung in Malariagegenden». (Nr. 5 u. 6).

Verf. hat im Sommer 1906 prophylaktische Chiningaben à 0,5 Chinin mur. alle 6 Tage den Mannschaften eines in Poti (Kaukasus) stehenden Bataillons verabfolgt und hat dabei eine Verminderung der Malariafälle um die Hälfte beobachtet. K. steht für die Einführung der Malariaprophylaxe in das Sanitätsreglement der Armee.

J. Violin: «Ueber die Verbindung des Verbandplatzes der ersten Gefechtslinie mit seinen Truppenteilen». (Nr. 5).

J. Sassaparel: «In der ersten Gefechtslinie». (Nr. 5).

Der Verbandplatz soll der Position möglichst nahe, doch ausserhalb der Schusssphäre liegen und nicht allein die erste chirurgische Etappe sondern auch ein Platz der Nahrungsverteilung sein. Der Antagonismus zwischen «Rothem Kreuz» und Armeeinstitutionen muss aufgehoben werden.

A. Lawrentjew: «Ueber den Einfluss der orangegelben (Medwedew'schen) Brillen auf die Schiessresultate der verschiedenen Waffen». (Nr. 5).

Die orangegelben Brillen verbessern die Schiessresultate bei grossen Entfernungen der Ziele und scheinen, namentlich bei trübem Wetter, auch die Resultate bei nähergelegenen Zielen zu erhöhen.

N. Pawlow: «Vorzüge und wünschenswerte Ergänzungen in Bezug auf die zu prüfenden Augenkranken nach dem neuen Reglement». (Nr. 5 u. 6).

R. Tahl: «Ueber eine neue Aufbewahrungsmethode von Gummigegenständen». (Nr. 6).

Statt der bisher nach dem Sanitätsreglement üblichen Aufbewahrung von Gummigegenständen in 2 pCt. Phenollösung schlägt Verf. eine neue durch 15-jährige Beobachtungen geprüfte trockene Methode vor, wobei die betreffenden Sachen in einem gut verschlossenen Gefäss, welches Ammonium carbonicum enthält, aufgehoben werden. Das Prinzip besteht in der langsamen Spaltung der Ammoniakgase.

J. Malis: «Behandlung der Osteomyelitis von Röhrenknochen mit dem Schede'schen Blutschorf». (Nr. 6).

M. betont an der Hand einiger eigener Fälle die Vorzüge dieser Methode.

N. Michailow: «Zur Frage über die Feldausrüstung». (Nr. 6 u. 7).

Vorschläge zur Verbesserung der Ausrüstung.

M. Schaikewitsch: «Zur Frage über die psychischen Erkrankungen im Heere in Verbindung mit dem russisch-japanischen Kriege». (Nr. 6—9).

Im Original nachzulesen.

Klopfer.

Wratschebnaja Gazeta (Aerzte-Zeitung.) Nr. 29—49, 1907.

K. Jazuta: «Zur Anatomie der Kontrakturen». (Nr. 29).

Autor nahm vor Präparation der Leiche eine Dupuytren'sche Kontraktur an, überzeugte sich aber am Präparat, dass es sich um eine Narbenkontraktur und Verwachsungen der Sehne des M. digitor. profundus handelte. Der Chirurg müsste in einem solchen Falle aus der Anamnese versuchen Aufschlüsse zu erlangen, ob es sich z. B. um eine traumatische Läsion oder Lues handelt, um danach die Therapie zu wählen.

J. Dmitrenko: «Subphrenischer Abszess als Folge eines Pankreasneoplasma». (Nr. 29 u. 30).

Es ist eine grosse Seltenheit, dass ein Neoplasma des Pankreas einen subphrenischen Abszess hervorruft. Das Neoplasma von sehr bedeutender Grösse, verursachte in vorlie-

gendem Falle merkwürdiger Weise weder Magendarmstörungen noch Druckerscheinungen von benachbarten Organen (Magen und Plexus coeliacus). Die anamnestischen und subjektiven Hinweise auf den Sitz der Erkrankungen war ganz unbestimmt, während der subphrenische Abszess sich deutlich dokumentierte. Es handelte sich um einen 80-jährigen Arbeiter, der am 2. Juli in Behandlung trat und am 11. Dezember 1906 starb. Die Sektion zeigte erst die wahre Ursache des Leidens.

J. Dobrowolski: «Salzsaures Kokain als ein Mittel, das die Zersetzung des Eserins in wässrigen Lösungen resp. das Rotwerden desselben verhindert». (Nr. 20).

Je 1 pCt. Lösungen beider Alkaloide, gemischt, halten sich monatelang unverändert.

S. Mirotworzew: «Zur Technik der vollständigen einseitigen Exklusion des Dickdarmes». (Nr. 31).

Durch Experimente am Hunde konnte Autor gleich Silbermark und Dömeny die Wirksamkeit der von Mosetig-Morrhof empfohlenen Methode zum Abschluss des abführenden Darmastes nach Enteroanasthomose bestätigen.

K. Lenghof: «Ein sehr seltener Fall von Vena portaethrombose». (Nr. 32, 33, 34, 35, 36, 37).

Aus seinem Fall und 45 in der Literatur beschriebenen Fällen zieht L. folgende Schlüsse: 1) Die Frage ist noch wenig geklärt. 2) Die Diagnose sehr schwierig, sie wurde nur in 7 von den 45 Fällen gestellt, es kommen häufig Abweichungen vom typischen Bilde vor. 3) Die Therapie, ausser in den Fällen syphilitischen Ursprungs, ist ganz hilflos. Die von Talma vorgeschlagene Operation ist nur in 2 Fällen, obgleich ohne Erfolg versucht worden, doch als einziges Mittel anzuwenden.

A. Wladytschenski: «Ein Fall von Katarakta, hervorgerufen durch Blitzschlag.» (Nr. 32).

Im Anschluss an einen heftigen Kugelblitz, der mehrere neben ihm stehende Personen tödtete und ihm selbst die Besinnung raubte, erblindete der 13-jähr. Knabe K. einige Zeit nachher. Bei der Untersuchung fand sich eine weiche Katarakta beiderseits. Autor schliesst sich der Theorie von Lingsch an, der die ultra-violetten Strahlen dafür verantwortlich macht.

N. Stachowski: «Die Metallnaht und die Ligatur». (Nr. 33).

S. tritt für ihre Anwendung nicht nur bei Hautnähten, sondern auch in der Tiefe, wie Jeannel sie vorschlägt, ein.

L. Rapiport: «Einige Modifikationen der üblichen Behandlungsmethoden des chronischen Trippers beim Manne». (Nr. 33).

Einige technische Abänderungen der allbekannten Methoden.

E. Hindes: «Meningitis und Lumbalpunktion nach Quincke». (Nr. 31 u. 33).

Autor hat die Punktion in mehr wie 30 Fällen ausgeführt, kein mal schlechte Folgen beobachtet. Er empfiehlt sie unbedingt zur Sicherung der Diagnose und auch als therapeutische Massnahme. Häufig erfolgt allgemeine Besserung, Nachlass des Erbrechens, Temperaturabfall, Verminderung der Nackensteifigkeit, besonders in mehr chronischen Fällen.

A. Poletajew: «Zur Kasuistik des rekurrenten und hämorrhagischen Scharlachs». (Nr. 34).

8 Fälle von Scarlatina, von denen sich die ersten durch nichts auszeichnen. Der 7. Fall war durch einen Rückfall interessant, der mit einer Nephritis konzentriert war. Im Fall 8 traten im Verlaufe der Krankheit Nasen- und Ohrenblutungen, Blutbrechen, blutiger Urin und Stuhl auf, was selten zur Beobachtung kommt.

M. Rubel: «Der Kampf mit dem Staub in den Wohnungen». (Nr. 34).

Beschreibung von Apparaten, Atom, Vacuum-Cleaner etc.

S. Suchanow: «Ueber psychische Störungen im Zusammenhang mit dem russisch-japanischen Kriege». (Nr. 35).

Verf. beobachtete in dem Hospital für geisteskranke Krieger in Moskau 126 Kranke, darunter einige Offiziere, die übrigen einfache Soldaten, die fast alle im fernen Osten erkrankt waren. Er kommt zum Schlusse, dass zwar keine neuen Formen von Psychose durch den Krieg hervorgerufen wurden, dass der Krieg aber bei prädisponierten Leuten die sonst vielleicht nie erkrankt wären die Ursache zum Ausbruche einer Psychose wurde und diese in sehr schwerer und prägnanter Form auftrat. Im Vordergrunde standen Erkrankungen depressiv-melancholischer Form. Bei anderen Leuten bei denen eine psychische Erkrankung bereits im Keime bestand, kam diese schneller zu voller Entwickelung (Dementia praecox, Paralysis progressiva).

W. Heinatz: «Ueber die Radiumbehandlung der krebsigen Neubildungen». (Nr. 36).

An der Hand von 19 von ihm beobachteten Fällen kommt der Verf. zum Schluss, dass mit dem Radium in Fällen, die dem Chirurgen nicht zugänglich sind, eine Besserung und oberflächliche Verheilung und somit Verlängerung des Lebens erzielt werden kann. Nur in Ausnahmefällen kommt es zu voller Heilung.

S. Bormann: Parasitäre Erkrankungen der behaarten Kopfhaut und die Röntgenbehandlung derselben». (Nr. 36).

Autor hat die Einteilung Sabourand's angenommen und in den ihm zur Verfügung stehenden Fällen mikroskopisch und zum Teil in Kulturen als richtig nachweisen können. 1) Microsporia (teigne tondante à petites spores, Microsporen Andonini und andere) 2) Megalosporia t. t. à grasses spores. 3) Trichophytri. 4) Favus. Bei allen Formen ist therapeutisch mit ausgezeichnetem Erfolge die Röntgenisation anwendbar.

A. Tscherbak: Graphische Untersuchungen der Vibrationserscheinungen. Funktioneller und organischer Klonus bei Tieren. (Nr. 37 u. 38).

Der Vibrationsklonus bei Tieren zeigt die charakteristischen Erscheinungen des funktionellen Klonus, der vollständig übereinstimmt in den Symptomen mit dem hysterischen Klonus beim Menschen. Funktionellen Klonus, desgleichen hysterischen Typus lässt sich bei Tieren hervorrufen durch anhaltende Muskelspannung, aber auch durch leichte experimentelle Erschütterung des Rückenmarkes. Der «organische» Klonus beim Meerschweinchen unterscheidet sich scharf durch den Charakter der Kurve von dem funktionellen, zeigt dabei aber volle Uebereinstimmung mit dem «organischen» Klonus beim Menschen. Die graphische Untersuchung der Vibrationserscheinungen bestätigt ihren funktionellen Charakter und ihre nahe Analogie mit den Symptomen der funktionellen Erkrankungen des Nervensystemes.

W. Boschowski: «Die klinische Beurteilung der Blutdruckschwankungen». (Nr. 37 u. 38).

Die Beobachtungen ergeben folgendes: 1) Wenn man eine Reihe von sphygmomanometrischen Ziffern von ein und demselben Individuum besitzt, aufgenommen unter möglichst identischen Bedingungen, so kann man daraus erkennen, ob das Herz oder die Peripherie hauptsächlich oder ausschliesslich die Ursache der Schwankungen ist. Daraus ergibt sich die Therapie. 2) Bei Vergleich der Beobachtungen an verschiedenen Kranken können wir mit grosser Wahrscheinlichkeit darüber urteilen, welcher Teil des Zirkulationsapparates in Unordnung geraten ist und nicht regelmässig funktioniert. 3) Bei Beobachtung am Sphygmomanometer des Einflusses, den das eine oder andere äussere Agens oder die Kurmethode auf den Blutdruck hat, können wir leicht entscheiden, ob es aufs Herz oder die Gefässe wirkt oder auf beide in gleicher Weise. 4) Es wird vielleicht mit systematischen sphygmomanometrischen Beobachtungen gelingen aus den sog. Herzkrankheiten die auszuscheiden, die eigentlich nur auf Erkrankungen des peripheren Gefässsystems zurückzuführen sind.

N. Bagoras: «Ueber primären Krebs der Clitoris». (Nr. 39 u. 40).

Beschreibung von zwei selbstbeobachteten Fällen und Zusammenstellungen aus der Literatur. In den ersteren handelte es sich um eine Frau von 80 und eine zweite von

61 Jahren. Es ergibt sich, dass auch bei frühzeitiger Operation Rezidive häufig sind. Das Auftreten des Clitoriskrebses ist am häufigsten im 50.—60. Lebensjahre.

N. Chochrjakow: «Ueber den Milzbrand in der Mandschurei». (Nr. 39 u. 40).

Seine Beobachtungen hat Autor in einem für Infektionskrankheiten bestimmten Hospital an der Bahn südlich von Charbin angestellt. Es kamen im Ganzen 210 Fälle zur Beobachtung vom Oktober 1905 bis zum März 1906 also nach Schluss der kriegerischen Aktionen. Den Höhepunkt erreichte der Zugang an Kranken im November mit 150 Mann. Die Ursache des Entstehens der Krankheit gaben in 154 Fällen die aus dem Gouvernement Perm und Wjatka stammenden Halbpelze ab, in 13 Fällen die Papacha (Fellmütze), die aus Fellen milzkranker Tiere hergestellt und garnicht oder schlecht desinfiziert worden waren. Die Mortalität war eine sehr geringe, 13 Patienten = 6,19 pCt. gegen 35—40 pCt. im europäischen Russland in Friedenszeiten. Der Grund ist wohl darin zu sehen, dass die Kranken früh in Behandlung kamen und die Diagnose besser gestellt wurde. Der Sitz des Geschwüres war in 22 Fällen die Stirngegend, in 5 die Schläfe, in 3 das untere Augenlid, in 3 der innere Augenwinkel, in 42 die Wangen, in 32 das Kinn, 1 mal die Unterlippe, in 37 die Unterkiefergegend, in 51 Fällen der Hals, in 4 Fällen der Nacken, in 4 Fällen die Brustregion, in 5 Fällen die oberen Extremitäten, und je 1 mal der Rücken- und die untere Extremitäten. In 5 Fällen fanden sich multiple Karbunkel. An Komplikationen und Nachkrankheiten war die intestinale Form die schwerste. Sonst wurden noch beobachtet Erytheme, Herpes, Furunkulose, verschiedene Anästhesien, Neuralgieen, rheum. Schmerzen, gangränöser Zerfall der umgebenden Teile war nicht selten, heilte per granulationem. In 13 Fällen trat eine intestinale Mykose hinzu, 5 dieser Patienten starben. Im Blute liessen sich häufig bei dieser Komplikation Milzbrandbazillen nachweisen. Sie trat meist in der ersten Krankheitswoche, seltener in der 2. doch einmal selbst in der 4. Woche auf. Der Tod erfolgt unter schweren Hirnerscheinungen oder im Kollaps. Die Therapie bestand in energischem Ausbrennen der Karbunkel mit dem Paquelin und in Injektionen von 5 pCt. Karbolsäurelösungen.

M. Arinkin: «Ein Beitrag zum Studium der Vibrionenendotoxine», (Nr. 39 u. 40.)

Aus seinen Experimenten zieht Verf. folgende Schlüsse: 1) Der Naskin'sche Vibrio produziert gleich dem Tetanusbazillus, Strepto- und Staphylokokkus und anderen ein spezifisches Haemolysin. 2) Die widerstandsfähigsten roten Blutkörperchen sind die des Frosches, Menschen, der Taube. 3) Bei der Erhöhung der Virulenz der Bazillenkulturen des Vibrio bleiben seine haemolytischen Eigenschaften unverändert. 4) Die Agarkulturen besitzen überhaupt keine haemolytischen Eigenschaften, wenn sie mit 10 Kbcm. 0,85 pCt. Salzlösung gewaschen und mit Toluol getödtet wird. 5) Dagegen ist eine eintägige mit 10 Kbcm. Bouillon gewaschene und mit Toluol abgetödtete Agarkultur viel stärker haemolytisch als eine 12-tägige Bouillonkultur. 6) Starke Basen zerstören sofort das Haemolysin. 7) Erwärmen auf 56° während einer halben Stunde vernichtet das Vibriolysin. 8) Filtrieren schwächt bedeutend die haemolytische Kraft des Vibriolysins ab. Der N.sche Vibrio wirkt nicht nur septisch, sondern auch toxisch. 10) Injektionen von Vibriolysin enthaltenden Kulturen rufen die Bildung von Antihämolysinen hervor. 11) Die Antigene der Praezipitine und Agglutinine werden bei 70° nicht zerstört.

P. Borissow: «Ueber die chemische Zusammensetzung der Kujalnitzki-Quelle und ihre eventuelle balneologische Bedeutung». (Nr 40).

Da Befürchtungen laut geworden sind, dass der sehr heilkräftige Kujalnitzki-Liman (Lagune) bei Odessa austrocknen könnte, so hat der Autor die gleichnamige Quelle untersucht, ob sie eventuell einen Ersatz bieten könnte. Die Quelle ergiesst im Jahre 12,5 Millionen Eimer in die Lagune. Die Temperatur beträgt 17,8° C., spez. Gewicht 1,0096, Gefrierpunkt 0,665. Wichtigste Bestandteile: Schwefel 2,56 Lim. 4,0), Calcium 3,6 (L. 3,16), Magnesia 5,7 (14,2), Jod 0,00075 (17,7 mal mehr als im L.), Chlornatrium 7,42 L. 10,9). Die K.-Quelle steht in allem der Kreuznacher Elisabeth-Quelle sehr nahe.

A. Benderski: «Bergabsteigen als Behandlungssystem». (Nr. 40).

Beim Bergabsteigen kommt neben der Beinmuskulatur die Unterleibsmuskulatur zur Anwendung, Autor schlägt deshalb vor diese Methode bei atonischen Magen-Darmleiden anzuwenden.

Dozent A. Nowikow: «Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei Missbildungen der inneren weiblichen Genitalien». (Nr. 41 u. 42).

Beschreibung mehrerer Fälle von Atresie und Aplasie der Vagina resp. Gebärmutter, sowie von Uterus s. Vagina duplex, die einen operativen Eingriff erforderten.

D. Gorochow: «Osteoplastische Operation bei der sakralen Form der Spina bifida». (Nr. 41 u. 42).

Deckung des Defektes im Knochen mit einer gestielten Periost-Knochenscheibe, die dem Os ileum entnommen wurde, etwas nach vorne und oberhalb lag, nicht dem Os sacrum. Guter Effekt.

A. Woskressenski: «Zur Kasuistik der Stieltorsion bei Ovarialzysten». (Nr. 41).

Unverheiratete Patientin von 34 Jahren trat ins Hospital mit Klagen über einen Tumor und Schmerzen im Leibe. Die Geschwulst machte sich mit 7 Jahren bemerkbar. Bei der Operation stellte sich ein grosses parovariales Kystom heraus, das ausschliesslich durch neugebildete, vom Omentum ausgehende Gefässe ernährt wurde. Die Drehung war nach rechts erfolgt.

S. Goroditschtsch: «Die gegenwärtigen Behandlungsmethoden der Incontinentia urinae essentialis». (Nr. 41).

N. Portnjagin. «Ueber Schutzimpfungen bei Scharlach mit der Vaccine von Gabritschewski». (Nr. 41).

Der Autor kommt zum Schluss, dass die Impfung ohne Frage einen Schutz gegen Erkrankung an Scarlatina gewährt.

N. Michailow: «Ueber das klinische Studium der Geschwülste». (Nr. 42 u. 44).

M. weist darauf hin, dass bei Verdacht bösartiger Neubildungen auf allgemeine Veränderungen des Organismus gefahndet werden muss und wir überhaupt darauf mehr achten müssen. Es ist hingewiesen worden, dass von Bedeutung sind: harnsaure Diathese; erhöhter Säuregehalt des Blutes und Arteriosklerose; starker Alkohol und Fleischgenuss und Aehnliches.

D. Orlow: «Ueber die Tätigkeit der an der Gesellschaft russischer Aerzte zu Moskau bestehenden Kommission zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit». (Nr. 42).

Sie besteht vorerst im Studium der Ursachen und der Höhe der Mortalität.

J. Schabad: «Ueber den Einfluss des Phosphors auf den Kalkstoffwechsel bei rhachitischen und gesunden Kindern». (Nr. 43).

Schlussfolgerungen: 1) Der P. in therapeutischen Dosen hat bei gesunden Kindern keinen Einfluss auf den Calciumumsatz, bei kranken Kindern dagegen vermehrt er die Aufnahme. 2) Die Vermehrung des Calciumansatzes geschieht durch verstärkte Aufnahme und verringerte Ausscheidung mit Urin und im Kot. 3) Die Wirkung des P. beginnt sehr bald nach Beginn einer Kur und hält nach Aufhören noch lange bis gegen 2½ Monate an.

4) Die Wirkung des P. auf rhachitische Knochen ist spezifisch, ihre mineralische Zusammensetzung wird annähernd normal.

N. Lunin: «Ueber die Langerhan'schen Inseln im Pankreas und deren Beziehungen zum Diabetes». (Nr. 43).

Autor ist entgegen Hansemann der Ansicht, dass bisher keine genügenden Gründe gegen die Hypothese des Einflusses der Inseln auf den Diabetes vorgebracht werden können und schliesst sich voll Sauerbeck an.

W. Blocher: «Zur Pathologie der Lymphdrüsenentzündungen bei Scharlach». (Nr. 43).

Autor hat 6 Fälle blitzartiger Scarlatina untersucht und fand: 1) Im Blute fanden sich sehr selten Streptokokken d. h. nur 1 mal. 2) Die lymphatischen Knoten erwiesen sich meist erst nach 3 mal 24 Stunden mit Streptokokken infiziert. 3) Nekrotische Herde fanden sich in allen 6 Fällen. 4) Koagulationsnekrose hängt von der Krankheitsdauer und der Gegenwart von Streptokokken ab, die gewöhnlichen nekrotischen Herde entstehen ohne direkte Beeinflussung und Gegenwart von Streptokokken.

J. Jastrochembski: «Das Münzenklirren und seine diagnostische Bedeutung bei Pleuritis». (Nr. 43).

Zur Diagnose und besonders Differentialdiagnose der Pleuritis ist von Pitres in Bordeaux 1883 bereits der sog. «signe du son» angegeben und von verschiedenen Autoren nachgeprüft worden, jedoch noch wenig in die Praxis gedrungen. Die Methode besteht darin, dass ein Assistent vorne oder hinten mit einer Münze auf eine an die Haut der Brust oder des Rückens fest angedrückten Münze klopft, während der Untersucher auf der entgegengesetzten Seite perkutiert. Hierbei hört man den fortgeleiteten Schall bei pleuritischen Ergüssen deutlich, scharf und metallisch, sonst dumpf, nicht metallisch. Autor fand in 24 von 28 Fällen das Münzenklirren mehr oder weniger deutlich ausgesprochen und gab er in mehreren Fällen wertvolle Aufschlüsse. Bei abgesackten Pleuritiden ist es häufig nicht vorhanden, wodurch die negativen Ergebnisse zu erklären.

P. Mesernitzki: «Ueber Oxydasen im wachsenden Organismus».

Folgende analytische Daten ergaben sich Verf. aus seinen Untersuchungen: 1) In Foeten von Meerschweinchen steigt die oxydierende Kraft mit dem Alter, erreicht das Maximum bei neugeborenen Tieren. 2) Nach der Geburt und während der Laktation sinkt die oxydierende Kraft der jungen Organismen. 3) Die Vermehrung und Verminderung des Eisens in den Geweben geht paralell mit ihrer oxydierenden Kraft. 4) In einem frischen Hühnerei und in Hühnerembryonen ist die Oxydationsfähigkeit fast gleich; ebenso die Quantität des Fe. 5) Das Wachstum der Oxydationsfähigkeit bei Embryonen hängt vom Zufluss oxydierender Elemente vom mütterlichen Organismus ab. 6) Wenn die Oxydationsfähigkeit = x, die Quantität Fe = y gesetzt wird, so ist x = der Funktion, aber y = der beständigen Oxydationsfähigkeit bei der Entwickelung des Organismus.

M. Arinkin und G. Belonowski: «Ueber die Methodik zur Anstellung von Versuchen mit Opsoninen». (Nr. 44).

Vorläufige Mitteilung aus dem Laboratorium Professor Wright's in London, dem Urheber der Theorie der Opsonine. Beschreibung der Technik.

N. Kuschew: «Aktinomykose der Lunge». (Nr. 44).

Kasuistische Mitteilung. Autor hat bereits früher 1 Fall beschrieben jetzt zwei weitere.

A. Bluhm: «Zur Frage über den Wert der Ophthalmoreaktion auf Tuberkulose». (Nr. 44).

Fand bei seinen Versuchen an 10 Personen, dass lokale Augenerkrankungen (Trachom etc.) eine positive Reaktion mit Tuberkulin-Test vortäuschen können bei Abwesenheit von Tuberkulose innerer Organe oder der Augen.

J. Gerbsmann: «Pyramidon bei Epidydimitis gon. und Santyl bei Urethritis». (Nr. 44).

G. empfiehlt beide Mittel warm in den angegebenen Fällen.

A. Mykertschjanz: «Ueber die Gravidität in rudimentären Uterushorn. nebst Beschreibung dreier Fälle. (Nr. 45, 46, 47).

Y. Benderski: «Zur Ausführung der allgemeinen Massage» (Nr. 45).

Nichts Bemerkenswertes.

N. Gusterin: «Ueber Dampfdesinfektion im Dorf». (Nr. 45).

Beschreibung eines einfachen Apparates nach Jung-Boivid.

P. Hellat: «Speichelverlust als Krankheitsursache». (Nr. 46, 47, 48, 49).

Beschreibung einer grösseren Anzahl von Fällen. Es fragt sich nur, ob die vom Autor als Folge des Speichelverlustes angenommenen Erscheinungen nicht vielmehr eine Folge bestehender Neurasthenie, Hysterie etc. waren und der Speichelverlust zum Teil auch hiermit im Zusammenhang stand.

J. Bick: «Zur Kasuistik der Meningitis acuta gonorrhoica». (Nr. 46).

Fall eines 38-jährigen Bauern mit subakuter Gonorrhoe, der an Meningitis starb. Im Eiter an den Meningen, im Herzblut und Urethralsekret wurden typische Gonokokken nachgewiesen.

S. Grigolow: «Zur Frage über wiederholte Händewaschung bei Operationen». (Nr. 47).

Das angetrocknete Blut an den Fingern des Operateurs ist bakterienreich.

M. Arinkin und G. Belonowski: «Ueber Methoden der Darstellung opsonogener Vaccinen nach dem Verfahren von Prof. Wright». (Nr. 47).

Eine Fortsetzung der Mitteilung aus dem Laboratorium von Prof. W. in London.

A. Nowikow: «Zur Lehre von der extrauterinen Schwangerschaft». (Nr. 48, 49).

Die extrauterine Gravidität ist als eine Folge von Erkrankungen der Geschlechtsorgane aufzufassen, deshalb auch die grosse Mortalität bei Operationen. Aut. spricht sich entschieden gegen die Untersuchung in Narkose aus, da man leicht durch starken Druck innere Verletzungen hervorrufen kann.

J. Schabad: «Ein Apparat zum Auffangen von Harn und Kot der Kinder». (Nr. 48, 49).

Beschreibung verschiedener Vorrichtungen und eines vom Autor erfundenen aus Glas und schliesslich eines einfachen aus Gummi, den jedermann selbst herstellen kann.

A. Zastrow: «Ueber eine neue Beinprothese nach Amputationen des Oberschenkels». (Nr. 49).

Beschreibung mit Abbildungen. Das Tuber ischii dient als Stützpunkt.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. № 15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 4—5. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1908.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i woneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Praktitscheski Wratsch (Der Praktische Arzt). 1907. Nr. 7—23 incl.

N. Schtschegolew: «Zur chirurgischen Behandlung des Echinokokkus der Lungen». (Nr. 7).

Verfasser beschreibt einen von ihm glücklich operierten Fall. Relativ seltene Lokalisation im linken Oberlappen. Es handelte sich ausserdem um einen primären Echinokokkus der Lungen.

J. Koslowski: «Zur Lehre von den Erkrankungen der Milz; ein Fall von sogenannter Banti'scher Krankheit». (Nr. 7—14).

Verf. beschreibt einen Fall von Banti'scher Krankheit, den er hier im Marienhospital beobachtet hat. Anknüpfend an seinen Fall bespricht er die verschiedenen Ansichten in wieweit Lues, Malarie, Tuberkulose bei dieser Erkrankung eine Rolle spielen und führt verschiedene Krankengeschichten anderer Aerzte an.

S. Bogrow: «Ein Fall von ungewöhnlicher Lokalisation des Primäraffektes bei Syphilis». (Nr. 7).

Verfasser beschreibt einen Fall von Primäraffekt im Mastdarm 8 cm. oberhalb der Analöffnung.

D. Schbankow: «Professor Wjatscheslaw Awksentjewitsch Manassein». (Nr. 8).

Eine begeisterte Schilderung des Lebens und Schaffens dieses Mannes.

G. Kulescha: «Zur Frage der Hospitalspflege Typhuskranker, zugleich mit einer Beschreibung der neuesten Untersuchungsmethoden der Dejektionen solcher Kranker». (Nr. 8—13).

Der Verfasser giebt eine sehr genaue Erläuterung der verschiedenen bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Er beschreibt die Herstellung von geeigneten Nährböden wie z. B.: Drigalski, Endo etc. Er hat 411 Untersuchungen ausgeführt und bei 126 Fällen dieser Typhus-Rekonvaleszenten, Bazillen gefunden. Hinweis auf die dringende Notwendigkeit einer Reorganisation der Verpflegung der Typhus-Rekonvaleszenten besonders in den städtischen Hospitälern.

K. Schulz: «Ueber die Behandlung der Fissuren des Anus». (Nr. 10).

Verfasser hat bei 49 Fällen eine Heilung erzielt bei Anwendung von Kali permangan. concentr. mit welchem er die Fissuren bepinselt. Es ist dies eine Methode, die Lewis im «Medical News» 1903 veröffentlicht hat. — Schulz empfiehlt diese Behandlung aufs Wärmste.

W. Predtetschenski: «Ueber das Haemometer des Prof. Sahli». (Nr. 11),

Verfasser weist darauf hin, dass bei längerem Liegen sich die Farbe der Kontrollflüssigkeit verändert, was zu Fehlern in der Bestimmung des %-Verhältnisses führen kann.

F. Bjalokur: «Ein Fall von Scharlach kompliziert durch einen infektiösen Ikterus, die sogenannte Weil'sche Krankheit». (Nr. 12).

Verfasser berichtet über einen solchen Fall, der glücklich verlief. Ueberhaupt verschlimmere ein Ikterus bei Scharlach die Prognose nicht.

S. Zipkin: «Ein Fall von Behandlung der Leberzirrhose mit Keratin». (Nr. 14).

Verfasser schildert einen Fall von Leberzirrhose mit starkem Aszites bei welchem durch Keratin eine bedeutende Besserung erzielt wurde. Im Laufe eines Jahres hat die Patientin 4800 Tabletten Keratin (E. Merck, Darmstadt) genommen.

L. Letkin: «Zur Behandlung der Bubonen mittels Stauungshyperämie (nach Bier)». (Nr. 14, 15).

Verfasser hat 41 Fälle mit Erfolg nach Bier behandelt und rät weitere Erfahrung auf diesem Gebiet zu sammeln.

A. Krjukow: «Zur Lehre von der Leukämie». (Nr. 15—19).

Verfasser giebt eine eingehende Uebersicht über die Auffassung der verschiedenen Autoren was diese Krankheit betrifft und beschreibt einen eigenen Fall, der ein grosses Interesse beansprucht.

W. Dagilaiski: «Zur Aetiologie und Therapie der Dakryozystoblennorrhoe». (Nr. 15—17).

Verfasser gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1) Jeder Fall dieser Krankheit muss rhinologisch untersucht werden.
2) Es ist unbedingt nötig, dass ein Augenarzt mit der Rhinologie vertraut sei.
3) Notwendig ist die Klassifikation der Dakryozystoblennorrhoe nach ätiologischen Momenten.
4) Die schablonenhafte Behandlung eines jeden Falles von Blennorrhoe des Tränensackes mittels Sondierung muss verlassen werden.
5) Die Exstirpation des Tränensackes in toto sollte häufiger ausgeführt werden, sei es zwecks Therapie, sei es zur Diagnose der Krankheiten der tränenableitenden Wege.

W. Markusson: «Beobachtungen bei Impfungen mit Scharlach-Vaccine». (Nr. 16, 17).

Verfasser berichtet über interessante Versuche mit Vaccine. Er meint das letzte Wort über die Wirksamkeit der Vaccine werde erst die Zukunft sprechen können.

D. Shbankow: «Einiges über den Hunger». (Nr. 18—21).

H. Vieth: «Pharmakologische Untersuchungen über die Wirkung der balsamischen Mittel». (Nr. 18, 19).

M. Zaussailow und E. Telitschenko: «Ein verbessertes Apparat zur Desinfektion mit Formalin». (Nr. 19).

Kurze Beschreibung dieses Apparates mit Beigabe einer Abbildung.

S. Ssuchanow: «Ueber die maniakalisch - depressive Psychose». (Nr. 20, 21).

Verfasser giebt eine kurze Uebersicht über diese Form der Psychosen.

S. Hofman: «Zur Pathologie und Therapie des Plattfusses». (Nr. 20, 22, 23).

Verfasser beschreibt die verschiedenen Formen dieser Erkrankung und giebt eine anschauliche Erklärung zur Anfertigung von Prothesen, die nach seinen Angaben besonders leicht und billig hergestellt werden können.

L. Casper: «Ueber die Anwendung und Ausführung der Asepsis in der Urologie». (Nr. 21).

Verfasser weist auf die Wichtigkeit der Asepsis in der Urologie hin. Was besonders den Katheterismus betrifft so gilt es die Instrumente zu sterilisieren, zweitens dieselben steril zu erhalten und sie steril in die Blase einzuführen. — Verfasser empfiehlt nun einen von ihm angegebenen Apparat, der diesen 3 Anforderungen entspricht. Es folgt eine Beschreibung des Apparates. Sodann bespricht Verfasser die verschiedenen Mittel, um die Katheter zum Einführen genügend schlüpfrig zu machen. Er empfiehlt auf Grund vieler Versuche und anderweitiger eigener Erfahrung das «Katheterpurin». — Katheterpurin besteht aus Glyzerin, Wasser und Tragacanth; dazu setzt Verfasser Hydrarg. oxycyanat. im Verhältnis von 1 zu 500 hinzu.

M. Senetz: «Lehrreiche Fälle aus der Praxis». (Nr. 22).

Verfasser berichtet, ohne näher auf dieselben einzugehen, über 10 verschiedene Krankheitsfälle, die er beobachtet hat.

L. Dmitrenko: «Die Bedeutung der Herz- und Blutgefässmittel bei der kroupösen Pneumonie». (Nr. 23—29).

Der Verfasser bespricht die Literatur sehr eingehend und kommt auf Grund der verschiedensten, wie auch seiner eigenen Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

Es giebt keine Spezifica gegen die kroupöse Pneumonie und als solche kommen die Herzmittel keinenfalls in Betracht. Jedenfalls sollte nie ein Herzmittel in grossen Dosen verordnet werden. Die methodische Therapie mit Herzmitteln ist auf nichts basiert. Eher noch sind Herzmittel von Bedeutung, als solche Arzneien, welche das Gefässsystem beeinflussen. Da die Störung der normalen Herztätigkeit gewöhnlich nur teilweise der Ursache eines Exitus letalis ist, so hat die Verabfolgung von Herzmitteln nur eine Komponente einer symptomatischen Therapie zu sein.

J. Selenkowski: «Ueber die bakterizide Wirkung des neuen Silberpräparates «Sophol» im Vergleich mit derselben Wirkung des Protargol». (Nr. 24, 25).

Verfasser kommt auf Grund einer Reihe von Versuchsserien zur Ueberzeugung, dass das Protargol dem Sophol vorzuziehen sei.

L.

Russki Shurnal koshnych i weneritscheskich boleznei (Russisches Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten). Jahrg. VII, 1907, Nr. 10—12. Jahrg. VIII. 1908, Nr. 1.

P. Unna (Hamburg): «Rosacea».

Historisch-kritischer Ueberblick.

A. Schtscherbakow: «Ein Fall von Hirnsyphilis».

Nichts Bemerkenswertes.

A. Schtscherbakow: «Beschreibung eines Monstrums».

Kind syphilitischer Eltern. Die Knochen des Schädeldaches unter einander nicht verwachsen. Verkrüppelung sämmtlicher Extremitäten.

E. Frank (Berlin): «Ueber Arrhovin».

Auf Grund bakteriologischer Versuche von Piorkowski u. A. wird das Mittel als wertvolle Unterstützung neben der Lokalbehandlung empfohlen.

J. Selenew: «Angina trichomycetica, eine syphilitische Gaumenaffektion vortäuschend».

2 Fälle. In beiden wurde ein kettenbildendes Stäbchen als Erreger nachgewiesen.

A. Pospelow: «Die diagnostische Bedeutung des Tuberkulins».

In 5 Fällen von Hauttuberkulose war die Reaktion deutlich positiv, besonders bei Pat. mit ulzeröser Tuberkulose der Nase, bei allen nichttuberkulösen Fällen bleibt die Reaktion aus.

J. Selenew und W. Kudisch: «Die diagnostische Bedeutung von «Test-Tuberkulin» und «Tuberkulose-Diagnostikum Höchst».

Verff. kommen zu folgenden Schlüssen:

1) In der Ophthalmoreaktion sowohl mit Test-Tuberkulin als auch mit Tuberkulose-Diagnostikum hat man ein schadloses, bequemes und genaues Mittel zur Diagnose tuberkulöser Affektionen der Haut, Knochen und inneren Organe.
2) Tuberkulose-Diagnostikum Höchst giebt eine stärkere und genauere Ophthalmoreaktion als Test-Tuberkulin.
3) Letzteres verlangt häufig eine Wiederholung des Versuches.
4) Für die Augenprobe sind leichte Konjunktivitiden keine Kontraindikation; in den Fällen der Verff. verlief die Reaktion bei solchen Pat. in keiner Weise stürmischer wie bei Gesunden.
5) Bei Hautleiden wurden positive Resultate erhalten bei Lupus pernio, Lupus vulg., Prurigo, Tuberculos. verrucosa cutis, Lupus erythematod., Ekzema chron., Pityriasis versicolor, Lepra. Negative Resultate bei Lupus-Lues, Lupus erythematodes.
6) Kachexie des Pat. wirkt ungünstig auf das Zustandekommen der Reaktion, doch kann sie auch eintreten.
7) Tuberkulöse Knochenaffektionen geben positives Resultat.
8) Tuberkulose innerer Organe giebt auch in Fällen geringer objektiver Symptome positives Resultat.
9) Auch die Hautreaktion wird bei Anwendung der Tuberkulose-Diagnostikum Höchst schärfer erhalten.
10) Tuberkulose innerer Organe muss notwendig ausgeschlossen werden, wenn es sich um Bestimmung der tuberkulösen Natur einer fraglichen Affektion an Auge, Ohr, Haut u. s. w. handelt.

N. Rudnitzki: «Ein Fall von syphilitischer Bronchitis».

46-jährige Pat. mit negativer Anamnese. 2 Aborte, mehrere Kinder früh verstorben. Periostale Verdickung einer Tibia als Nebenbefund. Hauptsächliche Klagen: häufiger Husten, Nachts besonders starke Anfälle von Atemnot. Objektive Bronchitiserscheinungen gering. Sputumuntersuchung negativ. Sehr schnelle Heilung unter spezifischer kombinierter Behandlung.

J. Miropolski: «Ein Fall von langer Inkubationsperiode bei akutem Tripper».

Bei einem Pat., der im oberen Teile der Urethra einen blinden Gang hatte, trat der Ausfluss erst 19 Tage nach dem infizierenden Koitus auf. Verf. ist der Meinung, dass die Gonokokken anfangs im Blindsack sassen und späterhin erst in die Urethra gelangten.



Morosow: «Benigne sarkoide Neubildungen der Haut, Typus Boeck».

Mitteilung eines Falles.

. Jewdokimow: «Ein Fall von Lepra tuberosa, ohne Erfolg mit Atoxyl behandelt».

Meschtscherski: «Atoxyl bei kondylomatöser Syphilis».

(Wird fortgesetzt).

. Schtscherbakow: «Ein Fall von Impotenz wegen Enthaltung vom Koitus aus Syphilidophobie».

Betrifft einen Sexual-Neurastheniker.

Wichert.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshilfe und Gynaekologie). Nr. 1—4, 1908.

K. Skrobanski: «Ueber Osteomalacie und die in Russland beobachteten Fällen». (Nr. 1 u. 2).

Der Fall von S. ist der fünfzigste in Russland beschriebene. Dieser betraf eine 42-jährige Frau, die sechs Mal geboren hat. Die letzte Geburt verlief normal, bald darauf stellten sich Schmerzen in den Knochen ein, die Gehfähigkeit war reduziert, so dass Pat. drei Jahre nach der Geburt nur auf Krücken gehen konnte und von da an nur lag. Das Skelett war auffallend verändert, der Brustkorb oben eingefallen, die Wirbelsäulen verbogen, das linke Bein verkürzt, grosse Druckempfindlichkeit beider unteren Extremitäten. Pat. starb nach kurzem Aufenthalt im Hospital an Asphyxie. Bei der Sektion fand man eine auffallende Erweichung der Wirbelknochen und Oberschenkel, Fraktur des linken Oberschenkels, das Becken war asymetrisch, das Promontorium eingekeilt, das Kreuzbein verbogen, die Durchmesser verengt. An den inneren Organen lagen keineVeränderungen vor. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Ovarien fand man reichlich hyaline Schollen, an den Gefässen keine besonderen Veränderungen und Schwund der Primordialfollikel. An der Schilddrüse fand man entzündliche Prozesse im Bindegewebe. S. referiert über die 49 in Russland beschriebenen Osteomalaciefälle und die im einzelnen Fall angewandte Therapie. Unter 49 hatten 3 nicht geboren.

D. Schirschoff: «Curettage bei Endometritis post partum». (Nr. 1 u. 2).

Sch. ist Anhänger der Curettage bei Endometritis post partum, solange keine Allgemeininfektion hinzugekommen. Verf. hat 84 Fälle, davon 80 im Gebärasyl, beobachtet. In allen, mit Ausnahme eines Falles, trat Genesung ein. Die Curettage wurde mit einem breiten halbstumpfen Löffel vorgenommen, die Gebärmutter mit 3% Karbollösung ausgespült und eine Lösung von Jod und 95% Spiritus zu gleichen Theilen injiziert. Die Operation wurde angewandt in Fällen, wo Eihautreste, Gerinsel oder Plazentarreste zurückgeblieben waren in der Absicht einer allgemeinen Infektion zuvorzukommen, alsdann in Fällen von «bazillärer» Infektion, auch wenn es sich um keine Rentention handelte. Bei Endometritis septica curettiert Sch., wenn andere Behandlungsmethoden sich als erfolglos erweisen. Der Effekt war am besten, wenn die Curettage drei Tage nach der ersten Temperaturerhöhung vorgenommen wurde.

Oft wurde Temperaturanstieg nach dem Eingriff beobachtet, andere Komplikationen wurden nicht gesehen. Sch. rühmt sein Verfahren.

J. Michnowski: «Geburt von Fünflingen». (Nr. 1).

Eine 30-jährige Drittgebärende im Gouvernement Poltawa hatte einen Leibesumfang von 111, Herztöne hörte man an mehreren Stellen. Die Geburt dauerte 21 Stunden, im Laufe von 1½ Stunden wurden fünf Kinder, 3 Knaben und 2 Mädchen geboren, alle spontan, nur Extraktion des letzten Kindes am Steiss. Die Länge der Kinder betrug 38, 39, 42, 41, 38 Ctm., das Gewicht 1700, 1800, 2200, 2050, 1750. Alle fünf Kinder wurden lebend geboren. Es gab 4 Plazenten. Nachgeburtsperiode normal.

W. Potejenko: «Sectio caesarea wegen Vaginalstriktur». (Nr. 1).

Eine Gebärende trat mit Wehen ein, in der Vagina stiess man auf eine ringförmige, unnachgiebige Narbe für 2 Finger durchgängig, die Narbe wurde trotz starker Wehen nicht dilatiert, weshalb P. den Kaiserschnitt mit Sterilisierung ausführte. Das Kind wurde lebend extrahiert, die Mutter fieberte nach der Operation, genas aber.

F. Bukojemski: «Ueber Eierstocksterratome». (Nr. 1 u. 2).

Bei der Operation einer 55-jährigen Pat. fand man in der Bauchhöhle eine kindskopfgrosse Geschwulst von elastischer Konsistenz, mit den Därmen verwachsen, ausserdem fanden sich zwei subseröse Knoten auf der Gebärmutter. Entfernung dieser sowie der Geschwulst. Diese wies, wie die mikroskopische Untersuchung zeigte, hyalines Knorpelgewebe, embryonales Bindegewebe, Drüsen, glatte Muskelfasern etc. auf. Dazwischen ist das Bild eines Rundzellensarkoms zu sehen.

S. Lissowskaja u. E. Krym: «Zur Kasuistik der Eierstocksembryome». (Nr. 1).

Bei einer 28-jährigen Pat. ragte eine apfelgrosse bläuliche Geschwulst aus dem Anus hervor. Die Konsistenz war elastisch, höher im Rektum hinauf härter, der Sphinkter umfasste fest die Geschwulst.

Rechts vom Uterus fühlte man eine faustgrosse höckerige Geschwulst. Nach Dilatation des Sphinkters gelang es zu konstatieren, dass von der äusseren Geschwulst zwei Stränge zu einer höher gelegenen Geschwulst führen. Zwecks Entfernung des Tumors wurde ein Längsschnitt hinter dem Anus geführt, das Steissbein reseziert, der Sphinkter inzidiert, das Rektum gleichfalls über der Geschwulst inzidiert, diese am Stiel unterbunden und herausgeholt. Das Rektum wurde nicht genäht, sondern drainiert. Nach einiger Zeit wurde zwecks Naht des Sphinkters eine Perineoplastik gemacht. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man Hautgebilde mit Haaren und Drüsen, Nervenfasern, einen Zahn, Muskelgewebe, Knochen, epitheliale Gebilde — also Elemente des Ekto-Meso-Entoderms. Pat. genas.

J. Kalabin: «Ueber die Behandlung inoperabler Uteruskarzinome mit Azeton». (Nr. 2).

K. hat die von Gellhorn proponierte Behandlungsmethode nachgeprüft und ist mit dem Resultat sehr zufrieden.

G. Loginow: «Ein Fall frischer Vernähung einer Blasenscheidenfistel nach der Geburt». (Nr. 2).

Enges Becken, Zange vergebens, Perforation, Endometritis post partum und Parametritis, am 11. Tage nach der Geburt Bildung einer Blasenfistel, 29 Tage nach Konstatierung dieser Naht der Fistel mit Seide, vollkommene Heilung.

M. Kleinmann: «Bericht über die Tätigkeit der gynaekologischen Abteilung des jüdischen Hospitals in Kiew». (Nr. 2).

S. Cholmogorow: «Therapie beim engen Becken». (Nr. 3 u. 4).

Ch. unterscheidet drei Grade von engem Becken: Conjugata 9,5—8,5; 8,4—7,0; 6,9—5,5 bei plattem Becken. Bei einer Conj. von 9,5—8,5 bei plattem Becken kamen unter 135 Erstgebärenden 120 spontan nieder, 15 auf operativem Wege; von 136 Kindern kamen 6 todte Kinder, die mazerierten und vor der Geburt abgestorbenen nicht gerechnet. 2 Mütter starben. Von 261 Mehrgebärenden wurden 235 Kinder spontan geboren, 3 Mütter starben, unter den 264 geborenen Kindern war die Sterblichkeit 3,7% (Perforationen etc. nicht gerechnet). Bei der Verengerung zweiten Grades gebaren unter 28 Erstgebärenden 19 spontan, 2 starben; von Kindern gingen 10,6% unter. Von 44 Mehrgebärenden kamen 26 spontan nieder, 18 wurden operativ entbunden, darunter 8 Perforationen, 1 Mutter starb. Die Kindersterblichkeit betrug 17%. Bei der Verengerung dritten Grades wurden keine Erstgebärenden beobachtet und nur 2 Mehrgebärende, beide Male wurde perforiert. Bei allgemein verengtem Becken rechnet Ch. die Conj. von 10,0—9,0; 8,9—7,5 und 7,4—5,5.

Bei der Verengerung ersten Grades wurden 138 Erstgebärende beobachtet, von denen 125 spontan niederkamen, die Kindersterblichkeit betrug 3,6%, zwei Mütter starben. Mehrgebärende gab es 216 mit 201 spontanen Niederkunft, 3 Todesfällen und einer Kindermortalität von 1,8% (perforierte nicht gerechnet).

N. Fenomenow: «Ueber den Pfannenstiel'schen Schnitt». (Nr. 4).

Verf. hat 23 Fälle nach Pfannenstiel operiert und ist mit dieser Schnittführung sehr zufrieden.

N. Nejelow: «Kastration bei der grande hysterie». (Nr. 4).

Eine 42-jährige Patientin, die 5 mal geboren hatte, litt an der letzten Zeit erfolgten tägliche Anfälle. Die Ovarien liessen

sich als vergrössert durchfühlen. Pat. drang auf die operative Entfernung der Ovarien, wozu sich N. entschloss. Die Ovarien waren vergrössert, hart, wurden beiderseits entfernt. Seit dem Tage der Operation erfolgte kein Anfall mehr, Pat. schrieb 14 Monate nach der Operation zufrieden über ihren Gesundheits- u. Nervenzustand.

W. Bokadorow: «Zur Kasuistik der rituellen Verstümmelung von Mädchen». (Nr. 4).

Ein 5-jähriges Mädchen, das von ihrer Mutter in ein Kinderhospital eingeliefert wurde, bot folgendes Bild: die äusseren Geschlechtsteile waren geschwollen, die Ränder der grossen Labien blutunterlaufen, die untere Fläche des linken Labium maj. gleichsam abgeschnitten, die kleinen Labien und die Clitoris fehlten, das Hymen war nicht beschädigt. Das Kind erkrankte im Hospital an Masern und starb nach 6 Wochen, die äusseren Genitalien wurden ausgeschnitten: Clitoris und Praeputium fehlten, das rechte Labium min. war andeutungsweise vorhanden, das linke fehlte, auf den beiden grossen Labien Narben, welche den Introitus enger machten. Es handelte sich hier um eine rituelle Verstümmelung, welche eine Sekte «Skopzen» ausführt. Diese Sekte ist 1757 in Russland zuerst aufgetreten, von Sseliwanow organisiert worden.

W. Orlow: «Uterusruptur während der Geburt». (Nr. 4).

Eine 8 para wurde nach erfolgter Uterusruptur nach langer Fahrt in die Klinik gebracht. O. fand einen grossen Riss auf der Vorderfläche der Gebärmutter, amputierte diese. Pat. genas. Nach der Formation des Kindskopfes wurde vermutet, dass es sich um eine Gesichtslage gehandelt hat.

J. Wernitz: «Drei ungewöhnliche Fälle von Extrauteringravidität». (Nr. 4).

In einem Fall hatte Pat. sich zwecks Fruchtabtreibung mehrere Oeffnungen im Scheidengewebe gemacht, beim hinteren Scheidenschnitt zwecks Eiterentleerung abundante Blutung, der Pat. erlag. Bei der Sektion erwies es sich, dass sich die Gravidität intraligamentär entwickelt hatte. Beim zweiten Fall täuschte eine Schwangerschaft im Nebenhorn des Uterus eine extrauterine vor. Beim dritten Fall handelte es sich um eine wiederholte Extrauteringravidität. Die Diagnose machte grosse Schwierigkeiten. Es wurde das hintere Scheidengewölbe inzidiert, wobei Eiter entleert wurde, es erwies sich, dass die Eihöhle mit zersetztem Inhalt eröffnet und eine Darmpartie gangränös war, eine Darmschlinge, welche für einen Strang gehalten wurde, wurde laediert. Nach Eröffnung der Bauchhöhle von oben zeigte es sich, dass der Fruchtsack zersetzt war, einen 5½-monatlichen zersetzten Foetus enthielt und allseitig verwachsen war, die Placenta sass auf den Därmen. Tamponade, Darmfistel, Tod nach etwa 6 Wochen.

Lingen.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie). März—April 1908.

K. Judin: «Ueber die Cyklodialyse».

Eine klinische und experimentelle Studie. Hundeaugen, an denen die Operation ausgeführt wurde, zeigen eine beträchtliche Herabsetzung des Augendruckes; die Verminderung des Druckes hält aber nur bis in die vierte Woche an. Der Druck wurde mit dem Tonometer von Maklakow gemessen. Von 26 operierten Augen wurden 15 seziert und mikroskopisch untersucht. Die operative Verletzung heilt vollkommen aus. Eine Verbindung zwischen Augenkammer und Chorioidealraum hinterbleibt nicht. Bei der Bekämpfung des Glaukoms dürfte die Operation Heines die Iridektomie nicht verdrängen können.

B. Ahlman: «Ueber die Behandlung des Krebses durch Radium».

Sieben Fälle von Hautkrebs an den Lidern. Zwei davon auch mikroskopisch untersucht. Im Laufe von zwei Jahren sechs Rezidive und nur ein Fall war um die Zeit noch anscheinend gesund. Die Behandlung dauerte bis zu drei Monaten.

R. Katz: «Die Tenonitis und ihre Behandlung».

K. empfiehlt warme Kompressen mit Sublimat 1:5000.

W. Popow: «Persische Instrumente für Augenoperationen».

Zwei Tafeln.

K. Frost: «Die operative Entfernung des Pannus trachomatosus».

Der Pannus wird, wenn er dick genug ist, einfach mit Messer und Scheere entfernt.

P. Tschistjakow: «Bericht über die augenärztliche Kolonne in Mamadischsk (Gouv. Kasan) in den Jahren 1905, 1906, 1907».

Im Ganzen 7 Monate mit 5519 Patienten. Blinde 317. Trachomkranke 44 pCt.

S. Otschapowski: «Bericht über die Tätigkeit der Augenabteilung der Gesellschaft des roten Kreuzes in Pjätigorsk, 1907».

Kranke 1743. Trachomkranke 18,5 pCt. Genauer berichtet wird über einen Fall von pulsierendem Exophthalmus nach Trauma. Wahrscheinlich arterio-venöses Aneurysma. Bei Narbenektropium empfiehlt er den Defekt durch freie Hautstücke, die dem Oberarm (Krause) entnommen werden, zu decken. Unheilbar Blinde 75.

A. Tschemolosow: «Bericht über die Tätigkeit der augenärztlichen Abteilung in Semenowka, Gouv. Tschernigow 1907».

Kranke in 1½ Monaten 2629, Trachom 30 pCt.

G—n.

Wratschebnaja Gazeta (Aerzte-Zeitung.) 1907 Nr. 50—52 und 1908 Nr. 1—10.

A. Schatzki: «Ein Fall von Splenektomie infolge eines Lymphangioms der Milz». (Nr. 50).

Lymphangiome der Milz sind äusserst selten beschrieben worden. Die Patientin war eine junge Bäuerin von 18 Jahren, die mit Klagen über Herzklopfen und eine Geschwulst im Unterleibe in die gynäkologische Klinik des Prof. Gubarew in Moskau eintrat. Eltern und Geschwister gesund. Pat. bemerkte die Geschwulst 1½ Jahre vor Eintritt in die Klinik. In der Milzgegend grosser harter Tumor von glatter Oberfläche, bei Druck keine Schmerzempfindung. Ausserdem war eine bedeutende Partie der linken Lunge gedämpft. Im Urin ¼% Eiweiss, Haemoglobingehalt des Blutes 75%, rote Blutkörperchen 4 Millionen, weisse 20 Tausend. Die Operation bestätigte die Diagnose eines Milztumors, verlief ohne Komplikationen, nur die Dämpfung über der linken Lunge blieb bestehen, die hinzugezogenen Therapeuten nahmen einen Lungentumor an. Die mikroskopische Untersuchung zeigte ein Lymphangiom. Pat. verliess die Klinik in gutem Zustande. Die Geschwulst wog 5100 Gramm, war 35 Cm. lang, 22 Cm. breit und 17 Cm. dick. Die Blutuntersuchung 4 Monate nach der Splenektomie ergab 95% Haemoglobin, 4.880,000 rote, 3970 weisse Blutkörperchen.

S. Gogitidze: «Zur Diagnose der exsudativen Formen der Pleuritis. Die diagnostische Bedeutung des Hautödems an der kranken Brustseite». (Nr. 50—51).

In 11 vom Verf. beschriebenen Fällen von exsudativer Pleuritis bei Kindern liess sich auch ein entzündliches Oedem des Unterhautzellgewebes der entsprechenden Seite nachweisen und zwar in 3 Fällen ganz im Beginn des Leidens. Die Grösse des pleuritischen Exsudates spielt hierbei keine Rolle, ebensowenig der Umstand, ob ein seröser Erguss oder ein Empyem vorliegt. Im Ganzen ist die Erscheinung selten.

A. Schtscherbakow: «Zur Kasuistik der spontanen Milzruptur». (Nr. 50).

Ein Bäcker von 37 Jahren gab an, dass er unlängst an einer fieberhaften Krankheit gelitten habe (wohl Typhus abdominalis), seit einigen Tagen stark huste und während eines Hustenanfalls das Gefühl im Leibe gehabt hätte, es sei etwas gerissen. Moribund trat er ins Hospital ein und starb 2 Stunden später. Die Sektion ergab einen vollen Querriss der Milz, starke Blutung in der Bauchhöhle.

L. Rosenfeldt: «Ueber Ophthalmoreaktion auf Tuberkulose». (Nr. 50).

Auf Grund von 100 Untersuchungen im Odessaer jüdischen Krankenhause kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) die

Reaktion ist einfach und ungefährlich, 2) giebt früh ein **Resultat,** 3) ist fast immer positiv, wenn sich mit anderen **Mitteln** Tuberkulose nachweisen lässt, 4) bei Kindern genügt $^1/_2$% bei Erwachsenen 1% Lösungen von Alt-Tuberkulin-Höchst oder Test-Tuberkulin-Calmette, 5) bei schwer und **lange an** Tuberkulose Leidenden muss die Lösung stärker sein, 6) bei an Tuberkulose Sterbenden ist die Reaktion negativ, 7) es dürfen keine Augenkrankheiten vorliegen.

M. Rogow: «Torsion des Collum Uteri in einem Falle von Fibromyom». (Nr. 51).

Die Torsionen der Gebärmutter bei Myomen sind äusserst selten. In vorliegendem Falle handelte es sich um eine 47-jährige Virgo, die vor 13. Jahren den Beginn des Wachstums eines Unterleibstumors bemerkt hatte. Vor etwa einem Jahr hatte sie einen starken Kolikanfall gehabt, derartige Anfälle wiederholten sich seitdem. Das Allgemeinzustand der Kranken bietet nichts Anormales. Der Leibesumfang beträgt $84^1/_2$ Cm., der Tumor fühlt sich hart an, ist etwa kindskopfgross, der Leib sehr empfindlich. Der Tumor liess sich vom Uterus nicht abgrenzen. Bei der Operation erwies es sich, dass der Muttermund nur durch wenig Bindegewebe noch mit dem Corpus uteri im Zusammenhang stand in Folge der Axendrehung des Corpus uteri und des Myoms, das vom ihm ausging. Entfernung des Tumors nebst Uterus und Ovarien. Heilung per primam.

G. Brühl: «Prognose und Therapie der progressiven Gehörabnahme.» (Nr. 52).

Zusammenfassende Uebersicht.

A. Sholontkowski: «Ueber die Anwendung des Collargols per os». (Nr. 52).

In Fällen, wo die anderen Anwendungsmethoden nicht bequem, empfielt Autor Collargol als Mixtur ($^1/_2$—1%) anzuwenden, von der stündlich 1 Esslöffel verabfolgt wird, bis sich der Erfolg zeigt. Zu achten ist auf die Verfärbung der Mundschleimhaut, die die Kranken bisweilen erschreckt.

A. Kerner: «Die Resultate der Bier'schen Methode bei akuten und chronischen entzündlichen Prozessen». (Nr. 52).

K. zeigt an der Hand von 7 Krankengeschichten die vorzüglichen Resultate der Methode.

W. Mysch: «Zur Kasuistik der operativen Eingriffe bei Cholelithiasis und ihren Folgezuständen». (Nr. 1—3).

Ein operativer Eingriff ist nicht zu empfehlen in den Fällen, die Naunyn als sog. «reguläre» Cholelithiasis beschrieben hat, d. h. Gallensteinkoliken ohne stärkere entzündliche Erscheinungen, es sei denn, der Patient selbst wünsche sich gegen Rezidive zu sichern. Operiert werden muss, wenn die Cholecystitis sehr stark ausgesprochen ist und Anzeichen von Seiten des Bauchfelles oder von Sepsis vorliegen. Ferner, wenn in den Interwallen zwischen den einzelnen Kolikanfällen Schmerzhaftigkeit der Gallenblase besteht, die auf schwerere destruktive Prozesse in den betreffenden Geweben hinweist. Die genannten schweren Erscheinungen können durch Einklemmungen der Steine im Duct. Choledochus etc. hervorgerufen werden. Der operative Eingriff soll nach Möglichkeit radikal sein, es sollen Steinnester entfernt, die Möglichkeit von Steinbildungen verhindert und der Entwicklung des infektiösen Katarrhes der Gallengänge vorgebeugt werden.

A. Püssep: «Ueber Geburtslähmungen». (Nr. 1).

Kind von 1 a 11 m mit voller Paralyse der oberen Extremitäten und Atrophie einiger Muskeln. In den Gebieten des N. radialis und musculo-cutanens bedeutende Herabsetzung der Empfindlichkeit. Die Geburt des Kindes war schwierig gewesen, es war Kunsthilfe angewandt worden.

A. Schkarin: «Basedow'sche Krankheit im frühen Kindesalter». Nr. (1 u. 2).

Sch. führt die 5 bisher beobachteten Fälle genauer aus und schildert einen von ihm selbst beobachteten Fall bei einem Kinde von $4^1/_2$ Jahren. Das kleine Mädchen war das 3-te Kind ihrer Eltern. Die Mutter hatte an Kropf gelitten, war sonst gesund. Der Vater ist Alkoholiker. Die ersten Lebensjahre hindurch war das Kind vollkommen gesund, doch im 4. Lebensjahre nachdem sie die Windpocken, Masern und Diphtherie überstanden, machten sich bedeutende Veränderungen im Allgemeinbefinden bemerkbar und auch Hervortreten der Augen. Besonders auffallend war neben starker Beschleunigung (120–130) eine Arythmie des Pulses.

A. Korowin: «Zur Methodik des Studiums des individuellen Alkoholismus». (Nr. 2).

K. weist auf die falsche Auffassung hin, dass Alkohol in kleinen Mengen gut für die Gesundheit sei und auf die Wichtigkeit, die dem Alkoholismus bei der Entstehung vieler Leiden besonders der des Nervensystems, zukommt. Um ein richtiges Bild über die Schädlichkeit und die Rolle des Alkohols zu gewinnen, muss man den Alkoholismus systematisch studieren und dazu will Aut. in vorliegendem Aufsatz anregen.

A. Eberlin: «Zur Diagnose und Behandlung der Graviditas extrauterina. (Nr. 3, 4).

Aus den Beobachtungen ergeben sich folgende Schlüsse: 1) Die Anwesenzeit der Regeln schliesst eine extrauterine Gravidität im regressiven Stadium nicht aus. 2) Plötzliche Anämie und Abdominalchok müssen bei Frauen immer an Platzen des Sackes einer Extrauteringravidität denken lassen. 3) Die Zeichen der Anämie und Peritonalreizung genügen auch ohne innere Untersuchung zur Stellung der Diagnose. 4) Im subakuten Studium weisen häufige Blutungen, allgemeine Schwäche und Anämie, geringe Schmerzhaftigkeit und wenig erhöhte T° auf extrauterine Gravidität hin. 5) Im akuten Stadium muss die Laparotomie mit Vernähung ohne Drainage, 6) im subakuten Stadium Laparotomie mit Drainage ausgeführt werden.

L. Buchstab und **M. Chuwin**: Zur Klinik der Zwerchfelllähmungen». (Nr. 3).

In 2 Fällen konnten die Autoren feststellen, dass bei Zwerchfelllähmungen das Ohm'sche Symptom ein tympanitischer Schall über den unteren Lungenpartien und am Rippenbogen von ausschlaggebender diagnostischer Bedeutung ist.

P. Haller: «Die schwimmenden Baracken beim Kampf gegen die Cholera». (Nr. 3).

H. spricht sich energisch gegen die schwimmenden Baracken aus.

A. Blum: «Ueber den Skorbut in der russischen Armee». (Nr. 3).

B. weist auf die Abwesenheit des Skorbutes im Korps der Grenzwache hin, das etwa 40,000 Mann stark ist. Die Ursache des Skorbut in der Armee sieht er in der Gegenwart vieler schwächlicher Leute.

M. Subbotin: «Der gegenwärtige Stand der Frage der aseptischen Wundbehandlung überhaupt und besonders die Möglichkeit der Durchführung der Aseptik auf dem Kriegsschauplatz». (Nr. 4).

Nach Angabe vieler Aerzte, die den letzten russisch-japanischen Krieg mitgemacht haben, sind die antiseptischen Verbandstoffe und Verbände ohne Nutzen und schützen nicht vor eventueller Infektion. In Zukunft muss daher aseptisches Material angewandt und die Aseptik auch im Kriege durchgeführt werden.

N. Petrow: «Weitere Ergebnisse der embryonalen Impfversuche im Zusammenhang mit der Frage über die Entstehung der Geschwülste». (Nr. 5).

Vorläufige Mitteilung über weitere Versuche, die die bisher vom Autor gemachten Mitteilungen auf dem 6. russischen Chirurgenkongress bestätigen. Die durch Impfung erzeugten Tumoren wurden in einem Falle $13^1/_2$ Monate, in einem zweiten 10 Monate Zeit gelassen, um ihre Lebensfähigkeit zu beweisen. Die Stücke embrynalen Gewebes von Meerschweinchen werden in die Nieren und Hoden erwachsener Tiere derselben Spezies überimpft. Ein zweites neues Faktum, das Autor beobachten konnte, war das, dass übergeimpfte Teile sich zum Teil in nichtdifferenziertem Zustande inmitten sich differenzierenden Gewebes längere Zeit erhielten. Als drittes neues Ergebniss sah Autor die Entwicklung von kleinen tumorähnlichen Knötchen nicht in dem Organ, in das das Embryonalgewebe überimpft war, sondern in der Leber.

I. Gluskin: «Die Intubation bei Diphtherie (Krupp). (Nr. 5).

Nichts Bemerkenswertes.

K. Legkow: Ueber die Anwendung von Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung bei Sero- und Pyopneumothorax. (Nr. 1, 2 u. 5).

Als Vorzüge der Methode führt L. an die leichte und schmerzlose Ausführbarkeit und die guten Resultate, indem meist

nach einigen Spülungen das Empyem resp. Seropneumothorax schwand. Nach jeder Spülung stellt sich eine leichte T°-steigerung ein.

N. Klimow: «Ein Fall von multipler Sklerose in Kindesalter». (Nr. 6).

Die Patientin ist ein Mädchen von 8 Jahren, das seinem Alter entsprechend ausgebildet war. Eltern und mehrere Geschwister gesund. Die Krankheit begann vor einem Jahr.

B. Rutschinski: «Zur Frage über die multiplen Fibrome. (Nr. 6).

Die Moribund ins Hospital tretende 75 Jahre alte Frau starb bald. Bei der Sektion fanden sich neben dem bei Lebzeiten diagnostizierten Karzinom der Lungen zahlreiche Fibrome in dem grossen Netz, Brustdrüsen, Uterus, ferner Cysten der Ovarien, Hydralpinx.

A. Jakimow und N. Kohl: «Ueber Infektion der Hühner durch das Trypanosoma Ronget». (Nr. 7).

Hühner können bisweilen infiziert werden mit Trypanosoma, doch genesen sie immer.

Stud. Samjatin: «Zur Kasuistik der karzinomatösen Geschwülste der Extremitäten». (Nr. 7).

Die Geschwülste sind verhältnismässig gutartig, daher soll man bei der Operation nicht unnütz zu viel entfernen. Als ätiologische Ursache scheint das Trauma eine Rolle zu spielen.

F. Awtokratow: «Zur Frage über die diagnostische Bedeutung des Tuberkulin-Test». (Nr. 7, 9).

A. tritt: für allgemeine Anwendung dieser sehr bequemen und wertvollen Probe auf Tuberkulose ein, die er in vielen Fällen erprobt hat.

A. Reschetnikow: Ueber die Murmeltierpest». (Nr. 7).

Autor findet, dass vieles dafür spreche, dass die Krankheit eine ganz verschiedene von gewöhnlicher Bubonenpest sei. Dafür spreche vieles, so z. B. die Entstehung in der abgelegenen Steppe, die Nichtübertragbarkeit auf andere Tiere, das endemische Auftreten bei Uebertragung auf Menschen und die Weiterverbreitung durch Kontagion. Ferner auch die enorme Sterblichkeit der ergriffenen Menschen, nämlich 100%.

J. Finkelstein: «Zur Aetiologie der Orientbeule». (Nr. 7)

Autor beobachtete, dass die Krankheit hauptsächlich in heissen Wüstengegenden entsteht, endemisch vorkommt, in bestimmten Monaten, auf unbedeckten Körperstellen entsteht, sich nicht überimpfen lässt. Daraus muss man schliessen, dass der Urheber des Leidens ein Insekt, wahrscheinlich ein flügelloses vielleicht spinnenähnliches sein muss.

P. Eminet: «Die Resultate der Physiotherapie nach Beobachtungen in Shelesnowodsk». (Saison 1906).

Die physikalischen Heilmethoden angewandt in Shelesnowodsk ergaben folgende Resultate: Die Athemmassage ohne Athemgymnastik war nicht genügend; eine Vereinigung beider giebt die besten Resultate; Bergsteigen war von sehr gutem Einfluss auf Vermehrung der Lungenkapazität; der Aufenthalt in der strahlenden Sonnenhitze auf den Höhen hat einen anregenden Einfluss und erhöht die Widerstandskraft der Gewebe, obgleich, im Anfange besonders, starke allgemeine Ermüdung eintritt. In manchen Fällen bei sehr schwächlichen Individuen zeigte sich der Erfolg der Kur erst nachher zu Hause.

S. Ssuchanow: «Ueber die finnländischen Badeorte 1. Nystolt und Punkaharju». (Nr. 8).

Beschreibung der Landschaft und der örtlichen Lebens- und Kurbedingungen. Autor äussert sich äusserst anerkennend und hebt besonders die grossen landschaftlichen Reize Punkaharjus mit seinem trockenen Sandboden und dem schönen Fichtenwalde hervor.

I. Ignatowski: «Ueber Bädereinrichtungen in Krankenhausabteilungen für Infektionskranke in der Provinz». (Nr 8).

Beschreibung einer Einrichtung nebst kleiner Skizze.

B. Drobny: «Ueber Fremdkörper in der Urethra». (Nr. 9).

Fall eines 24-jährigen Mädchens, das eine grobe Nähnadel mit Faden in die Urethra hatte gleiten lassen beim Versuch in der Umgebung der Mündung «zu kratzen, da es juckte».

E. Babkina: «Zur Kasuistik der Angioneurosen. Ein Fall von Akroasphyxie bei einem 14-jährigen Mädchen». (Nr. 9).

Die 14-jährige Patientin war seit einem Jahr krank; es bestand Schwellung und blaurote Verfärbung der Hände und Unterarme; allgemeine Entwickelung nicht dem Alter entsprechend; nervöse Störungen, besonders an den Händen. Besserung unter Nervinis und Elektrisation.

I. Snegirew: «Weitere Beobachtungen über die Anwendung von Blutegeln in der gynäkologischen Praxis» (Nr. 9).

S. sah vielfache Erfolge bei Anwendung von Blutegeln bei Amenorrhoe und anderen Menstruationsstörungen, führt mehrere Krankengeschichten an.

S. Waisenberg: «Ein neues Abführmittel — Purgen».

W. empfiehlt Purgen mehr auf Grund theoretischer als praktischer Erwägungen, die einzige Krankengeschichte die er anführt, ist die seiner 4-jährigen Tochter.

A. Schkarin: «Zur Frage über den Stoffwechsel bei Ichtyosis». (Nr. 10).

Autor nahm 2 Stoffwechseluntersuchungen bei Kindern, die an Ichtyosis litten, vor und konnte in einem Fall, bei einem 8-jährigen Kinde Retention von S. nachweisen, im zweiten Falle, bei einem unter schwefelarmer Nahrung (Milch) gehaltenen 7-jährigen Kinde, war keine S.-Retention vorhanden.

L. Einiss: «Zur Kasuistik der reflektorischen Störungen bei adenoiden Wucherungen». (Nr. 10).

E. führt 10 Fälle aus seiner Praxis genauer aus, aus denen und anderen nicht beschriebenen er folgende Schlüsse zieht: 1) ausser adenoiden Vegetationen muss eine nervöse Prädisposition vorhanden sein, wenn reflektorische Störungen erfolgen, 2) die reflektorischen Störungen trotzen oft aller Therapie, wenn sie sich nur gegen sie und nicht das verursachende Moment richtet, 3) nervöses Schnucken vergeht nicht immer gleich nach der Adenotomie, diese ist in solchen Fällen jedoch immer indiziert, 4) an chronischer Appendizitis Leidende sollen auf Adenoide untersucht und in positiven Fällen, von diesen befreit werden. 5) allgemeine Schwäche soll nicht als Kontraindikation gegen die Adenotomie gelten, da die Adenome häufig die Ursache der Schwäche sind.

A. Tscherbakow: «Ein Fall von religiös-politischer Paranoia». (Nr. 10).

Typischer Fall bei einem 27-jährigen Kosaken. Die revolutionäre Bewegung in Russland ruft viele nervöse Erkrankungen hervor, die jedoch selten so schwer und typisch verlaufen.

N. Baranow: «Das Lactobacillin Prof. Metschnikows bei typhösen Durchfällen». (Nr. 10).

B. fand in einer Reihe von Fälle, dass das Lactobacillin in Dosen von 0,5 3 mal täglich eingegeben sehr günstig die typhösen Diarrhoen beinflusst.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medizinischen Zeitschriften.

№ 6. Beilage zur „St. Petersburger Medizinischen Wochenschrift". 1908.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Obosrenje psichiatrii, nevrologii i eksperimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. 1906, Nr. 1—6.

S. Jaroschewski: «Materialien zur Frage über neuropsychische Massenerkrankungen.» (Nr. 1).

11 Krankengeschichten aus der Revolutionszeit (Dezember 1905) in Ssamara; sie betreffen 10 Frauen und nur einen Mann im Alter von 12—18 Jahren. Die meisten Kranken gehörten der lernenden und zwar noch grünen Jugend an. Die Krankheitsformen sind sehr mannigfach, von relativ leichter Hysterie bis zu schwerer halluzinatorischer und maniakalischer Geistesstörung. Alle Patienten waren haltlose vulnerable Individuen, welche durch eine allgemeine Ursache, die politischen Ereignisse, aus dem Gleichgewicht gebracht waren. Diejenigen, welche aktiven Anteil an jenen genommen hatten, erkrankten in schwerer Weise. Beherzigenswert sind die Schlusssätze des Verfassers: «Mir erschien stets das Streben unserer radikalen Parteien, die lernende Jugend auf ihre Seite zu ziehen und hauptsächlich sie aktiv zu machen, unsympathisch, ungerecht und sogar grausam. In keinem wirklich kulturellen Lande wird dies beobachtet. Nur bei uns in Russland beschäftigen sich Studenten und in der Türkei Loftas mit aktiver Politik. Dies hat freilich seine Ursachen, aber dadurch wird es nicht besser. Ebenso zweifellos ist es, dass diese Jugend ihr Teil Nutzen im Kampfe für die Befreiungsbewegung bringt. Macht man jedoch ein einfaches Rechenexempel wieviel junge Leben diese geringfügigen Körnchen gekostet haben, welche unter Theilnahme der lernenden Jugend der reaktionären Regierung abgekämpft worden sind, so gerät man in Entsetzen. Unwillkürlich erhebt sich der Vorwurf gegen die, welche so teuer für diese Körnchen zahlen. Aber mich erfüllt geradezu Zorn, wenn in die Politik die grüne Jugend, Kinder, Halbwüchslinge, Gymnasiasten und Gymnasistinnen hineingezogen wird. Das ist nicht nur unbedacht, sondern geradezu verbrecherisch. Und nach meiner Ansicht ist es Aufgabe der Aerzte, insbesondere der Psychiater, unaufhörlich der Gesellschaft zu zeigen, welchen unheilbaren Schaden, welches kolossale Unglück ihr diejenigen zufügen, welche, wenngleich wegen idealer Ziele wegen des Allgemeinwohles die Kinder losreissen aus der für ihr regelrechtes Wachsen und Gedeihen notwendigen friedlichen Umgebung und sie in den scheusslichen Rachen des gefrässigen Tieres, genannt Politik, werfen».

W. Bechterew: «Ueber Lokalisation der motorischen Apraxie.» (Nr. 1).

Krankengeschichte eines Paralytikers mit dem Symptom der motorischen Apraxie (Liepmann) d. h. eines Zustandes, wo bei Fehlen von Lähmungserscheinungen das Ziel einer Handlung verfehlt wird und sie durch einen anderen motorischen Akt ersetzt oder gar nicht ausgeführt wird. Die Autopsie und mikroskopische Untersuchung ergab eine streng begrenzte Herdläsion in Form einer lokalen atrophischen Sklerose in der Gegend der hinteren Zentral- und der Supramarginalwindung. Abgesehen von den allgemeinen Erscheinungen der progressiven Paralyse, welche in der vorgefundenen Meningoencephalitis chronica diffusa ihr anatomisches Substrat hatten, bilden die klinisch ausgesprochenen Heerdläsionen das Hauptinteresse, nämlich die aphasischen Störungen, die epileptiformen Anfälle mit Krämpfen in der rechten Körperhälfte und die Apraxie der rechten Hand. Die Pathogenese der Reizsymptome ergiebt sich aus der Existenz der entzündlichen Läsion in der nächsten Nachbarschaft der motorischen Rindenzentren. Die aphasische Störung war eine transkortikale (Worttaubheit, amnestische Erscheinungen, theilweise Paraphasie und Agraphie) und ist erklärt durch die Läsion der subkortikalen Verbindungen zwischen Gehörszentrum der Sprache und den anderen psychischen Zentren, wie auch zu den Bewegungszentren der Hand. Die Apraxie ist das notwendige Resultat der lokalen Rindenläsion im vorderen Teil des Gyrus supramarginalis und im mittleren und teilweise im oberen Abschnitte der hinteren Zentralwindung. Weil nur ein einziger streng lokalisierter Herd vorliegt im Gegensatz zum Liepmann'schen Falle, wo mehrere Heerde vorhanden waren, fühlt sich Bechterew berechtigt die Erscheinungen der Apraxie in enge Beziehung zur Läsion der hinteren Zentralwindung und des angrenzenden Teiles der Supramarginalwindung zu setzen.

W. Tschagowez: «Ueber die hemmende Wirkung des unterbrochenen galvanischen Stromes auf das Zentralnervensystem». (Nr. 1).

1902 veröffentlichte Leduc seine diesbezüglichen Untersuchungen. Er liess einen unterbrochenen Strom von 3—30 Volt und 150—200 Unterbrechungen in der Sekunde und 2—10 Milliampère durch den Körper fliessen, und zwar aufsteigend (Kathode auf dem Kopfe, Anode auf dem Kreuze) und erzielte an seinen Versuchstieren echten Schlaf mit Erhaltenbleiben der Reflexe, normaler Herztätigkeit und Athmung.

Am Menschen erreichte Leduc mit 30—35 Volt und Milliampère folgendes: Nach kurzdauernder Empfindung von Stichen im Kopfe trat sehr rasch ein Zustand von Starrheit ein mit Verlust des Sprachvermögens und der willkürlichen Bewegungen und totaler Unempfindlichkeit gegen äussere Reize; als die Versuchsperson die Fähigkeit verlor sich der Umgebung verständlich zu machen, wurde der Strom ausgeschaltet, woranf sofort Alles zur Norm zurückkehrte, ohne die geringsten subjektiven oder objektiven Folgen zu hinterlassen. Verfasser hat die Versuche an Tieren (Fröschen und Warmblütern) wiederholt und kommt zu folgendem Resumé: Die Wirkung der Kathode auf dem Kopfe ruft nach kurzdauernder Erregung sehr schnell einen Zustand der lokalen Depression (oder nach Wedenski der Parabiose) im grössten Theile der Gehirnrindenoberfläche hervor. Das Resultat hiervon wird einerseits eine Depression der Psyche, eine Lähmung der willkürlichen Bewegungen, andrerseits eine Erhöhung der reflektorischen Erregbarkeit sein. Je stärker der Strom, desto stärker die Hemmung, und auf ein desto grösseres Gebiet des Hirnes erstreckt sich diese, sodass bis zu einer gewissen Grenze die Erhöhung der reflektorischen Erregbarkeit der Stärke des Stromes parallel gehen muss; sobald letztere diese bestimmte Grenze überschreitet, so treten allgemeine Krämpfe ein in Folge davon, dass die Reizung sich nicht mehr auf den Ort der Applikation der Kathode beschränkt, sondern alle Zentren, welche in der Strombahn liegen, ergreift. Die vorausgeschickte Entfernung eines Teiles des Hirns ändert nichts am allgemeinen Charakter der Erscheinung, da auch in diesem Falle die Hemmung, hervorgerufen im höher gelegenen Teile von den zurückgelassenen, äquivalent ist der künstlichen Ausschaltung oder Entfernung dieses Teiles und deshalb nach dem allgemeinen Gesetz eine Erhöbung der reflektorischen Erregbarkeit in den tiefer gelegenen Abschnitten des Hirns hervorrufen muss. Die weitere Ausarbeitung der Leduc'schen Beobachtung verspricht in Zukunft äusserst interessante Resultate zu geben, sowohl in rein physischer, als auch vielleicht in klinischer Beziehung, da sich hierbei die Möglichkeit ergiebt, auf diese Weise bestimmte Abschnitte des Zentralnervensystems sozusagen zeitweilig zu entfernen oder auszuschalten auf rein physiologischem Wege und bei vollkommener, wie es scheint, funktioneller Intaktheit der anderen.

J. Belizki: «Ueber den Einfluss des Rindenzentrums der Speichelabsonderung auf die reflektorische Arbeit der Speicheldrüsen.» (Nr. 1).

Experimentelle Untersuchungen an Hunden. Dieselben weisen darauf hin, dass Gehörs- und Gesichtsempfindungen auf die sekretorische Funktion der Speicheldrüsen durch Vermittelung des höheren Rindenzentrums für die Speichelabsonderung wirken. Geruchsreize können gleich den Geschmacksreizen auf die Funktion der Speicheldrüsen wirken vermöge des Reflexes, der seine Existenz den niederen im Hirnstamme gelegenen Zentren verdankt, unter Umgehung der höheren Rindenzentren.

P. Nikolski: «Weisser Dermographismus auf roter Haut.» (Nr. 1).

Versuche an 15 Hautkranken (Pityriasis rubra, Dermatitis exfoliativa, Psoriasis exfoliativa, Ekzema universale, Erythema exsudativum universale, Erythema scarlatiniforme). In der zweiten Krankheitsperiode, in welcher solche Patienten meist dem Arzte erst zu Gesicht kommen, konstatiert man an denselben: 1) verstärkte Tätigkeit der Vasokonstriktoren 2) kleine Arterien und 3) Stauung in den erweiterten Kapillaren. Die Beobachtung des Krankheitsverlaufes ergiebt den genannten Erscheinungen entsprechende Tatsachen: nach Maassgabe dessen, wie der weisse Dermographismus abnimmt und schwindet, indem er zuerst in die gemischte, später die normale Gefässreaktion übergeht, nimmt allmählich die Röte der Haut ab und schwindet alsdann. Es ist natürlich anzunehmen, dass bei der Wiederherstellung der normalen Gefässreaktion d. h. bei Wiederherstellung der normalen Wechselbeziehung zwischen den antagonistischen Gefässnerven auch das normale Lumen der Arterien wiederhergestellt wird. Dabei wird in das Kapillarnetz die gewöhnliche Blutmenge getrieben. Unter dieser Bedingung erholt sich die Blutzirkulation in den Kapillaren und allmählich kehren die gedehnten Kapillaren zu ihrem normalen Umfang zurück, was zur Abnahme und zum Schwinden der Röte führt, und ebenso der Infiltration und der Schuppung. Interessant ist der Umstand, dass von den Heilmitteln diejenigen den besten Erfolg geben, welche Erweiterung der Gefässe bewirken, wie warme Bäder, Salipyrin, Salicylsäure. Die veränderte Tätigkeit der Gefässnerven und ihrer Zentren bei den beschriebenen Krankheiten erscheint nicht als isolierte Erkrankung nur bestimmter Teile des Nervensystems, sondern wird nicht selten von anderen Nervenstörungen begleitet, wie Empfindlichkeit der sympatischen Ganglien, Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme, Pulsbeschleunigung bei gesundem Herzen, Verstärkung der Sehnenreflexe bis zum Auftreten von Fussklonus. In einigen Fällen konnte Verfasser die Abschwächung und das Schwinden der oben genannten Krankheitserscheinungen beobachten zusammen mit dem Abklingen des Hautleidens und dem Schwinden des weissen Dermographismus. Die bei den obengenannten Hautkrankheiten identische Gefässreaktion der Haut kann auf die nahe Verwandschaft dieser Hautkrankheiten hinweisen, als Affektionen, welche zu ihrer Basis eine Veränderung der Tätigkeit der Gefässnerven und -zentren haben.

A. Malzew: «Ueber die Dezentralisation der psychiatrischen Hilfeleistung im Allgemeinen und für das Poltawasche Gouvernement im Besonderen». (Nr. 2).

Das zentrale psychiatrische Gouvernementshospital kann nicht gleichmässig und in genügender Weise der Bevölkerung eines ganzen Gouvernements mit psychiatrischer Hilfe dienen, es kann nur Bedeutung für die nächstgelegenen Kreise haben. Die psychiatrische Hilfe muss der Bevölkerung näher gebracht werden durch Errichtung von Rayonkrankenhäusern. Fürs Erste wäre für das Poltawasche Gouvernement eine Anstalt für 100—120 akute Kranke für die nordwestliche Hälfte des Gebiets erwünscht, und zwar in der Mitte dieser Gegend an einer Kreuzungsstation der Eisenbahn. An Areal wären 20—25 Dessjatinen nötig und auf demselben durchaus die Möglichkeit, viel gutes Wasser zu erlangen, zu fordern. Jedes Rayonkrankenhaus muss nur akute Kranke aufnehmen, etwa auf 3 maligem Wechsel im Jahre berechnet. Chronische Kranke müssen aus den Rayonanstalten in die zentrale psychiatrische Kolonie übergeführt werden, wie eine solche schon in der Nähe der Stadt Poltawa besteht. Letztere besitzt aber zu wenig Land, um auf lange den Ansprüchen zu genügen. Um zur Zeit ihre Ueberfüllung zu vermeiden, können geeignete Kranke in die Kreis- und Dorfasyle und Armenhäuser, auch in Familienpflege mit einer Subsidie von der Semstwo abgeliefert werden. Auf eine Umfrage des Verfassers bei 31 Leitern von psychiatrischen Landschaftsanstalten erhielt er von 21 Antwort, wobei sich 15 als warme Anhänger, 2 als Gegner der Heilzentralisation aussprachen, 4 unbestimmt antworteten. In nur 8 Landschaftsverwaltungen fanden die Aerzte Entgegenkommen für ihre diesbezüglichen Anschauungen und Wünsche.

W. Bechterew: «Ueber eine eigenartige auf dem Boden einer chronischen Affektion des Geruchsorgans sich entwickelnde Psychose (Parosmophrenia)». (Nr. 2).

Mehrere Krankengeschichten. Verf. kommt zum Resultat, dass die Entstehung der Krankheit zu seinen Fällen bei Vorhandensein erblicher Belastung ihren Grund hat im chronischen Katarrh der Riechsphäre, welcher zur Entwickelung der Parosmie und echter Geruchshalluzinationen führt mit konsekutiven Wahnideen, sowie Illusionen und Halluzinationen im Gebiet anderer Sinnesorgane, des Gesichts, Gehörs, der Berührungsempfindung. Der Prozess beginnt mit der Affektion des peripheren Sinnesorgans, welche bei Vorhandensein einer erblichen oder erworbenen Labilität des Nervensystems zur Entwickelung von Illusionen und Halluzinationen führt. Diese beschränken sich anfangs auf das Gebiet des affizierten Organs, erzeugen Wahnideen, welche sich unter dem Einfluss der Illusionen und mitunter auch Halluzinationen von seiten andrer Sinnesorgane, besonders des Gesichts, noch mehr festigen. Die Entstehung der Krankheit fiel in manchen Fällen mit dem Beginn von Darmstörungen, die Gasabgang verursachten oder mit anderen lokalen Krankheitszuständen zusammen. Die beschriebene Psychose hat mit der chronischen Paranoia einige verwandte Züge, unterscheidet sich jedoch von letzterer wesentlich dadurch, dass sie ihren Grund in der Affektion des Geruchsorgans hat, stets mit Halluzinationen in diesem Organ beginnt, nie ein Verfolgungswahn sich ausbildet, das Selbstgefühl nie ein gehobenes ist, im Gegenteil die Kranken sich deprimiert, gleichsam erniedrigt fühlen, der Grössenwahn vollkommen fehlt. Der Verlauf war immer ein chronischer, gewöhnlich über mehrere Jahre sich erstreckender. Die Prognose ist zweifelhaft, besonders in weit entwickelten Fällen. Die Therapie hat ausser allgemeinen Maassnahmen, welche auf die Beruhigung des Nervensystems hinzielen, die Erkrankung der Riechsphäre zu berücksichtigen, von deren günstiger Beeinflussung auch die Heilung der Psychose abhängt. In einem Fall erwies sich die Suggestion als nützlich.

E. Radin: «Hysterische Skoliose infolge einseitiger Kontraktur der Rückenmuskulatur». (Nr. 2).

Patientin, 45 a. n., Schneiderin, leidet seit 1883 an Paranoia hysterica periodica, seit 1894 an Kontraktur des linken M.

quadratus lumborum und M. erector trunci, welche seit 1905 eine ausgesprochene Skoliosis dorsalis dextra herbeigeführt hat. Bis Mai 1906 hatte sich unter sonstiger geringer Besserung eine kompensierende Skoliosis lumbalis sinistra angeschlossen.

L. Pussep: «Der Einfluss des Tabaksrauches und des Nikotins auf die zerebrale Blutzirkulation». (Nr. 2 und 4).

Versuche an 6 Hunden ergaben folgende Resultate: Der Tabaksrauch wirkt weniger intensiv als das Nikotin, was sich vielleicht durch den schnellen Uebergang des letzteren ins Blut erklärt. Beide wirken auf die zentrale Blutzirkulation in bedeutendem Maasse ein. Sie rufen im Anfang eine erhöhte Erregbarkeit und Hyperämie des Gehirns hervor, welche von einer Depression und Anämie desselben gefolgt werden. Die experimentellen Beobachtungen stimmen mit den klinischen fast völlig überein. Pulsbeschleunigung, Rötung, dann Bleichwerden des Gesichts, eine ganze Reihe von Symptomen des erhöhten intrakraniellen Druckes (Schwindel, Uebelkeit, Erbrechen, Krämpfe).

M. Dobrotworski und W. Bechterew: «Ueber Ehescheidung wegen Geisteskrankheit». (Nr. 3).

Wiedergabe eines Berichtes beider Autoren an den Medizinalrat vom 28. März 1906. Das Resumé lautet: 1) Die Einführung eines Ehescheidungsgesetzes wegen Geisteskrankheit eines der Ehegatten erscheint nicht nur zeitgemäss, sondern notwendig. 2) Das Recht zur Einleitung des Ehescheidungsverfahrens wegen Geisteskrankheit muss ausschliesslich dem geistesgesunden Ehegatten resp. Gattin zustehen, unter der Bedingung, dass die Geisteskrankheit beim anderen Gatten nicht weniger als drei Jahre besteht, und dass die Krankheit laut Urteil von spezialistischen Experten bereits deutliche Zeichen der Unheilbarkeit aufweist. 3) Periodische und zirkuläre Psychosen können als gesetzlicher Grund für die Scheidung dienen in jenen Fällen, wo nach Ablauf von fünf Jahren des Bestehens der Krankheit der gegebene Fall bereits eine wiederholte Erkrankung an Geistesstörung aufweist, und er von den Experten für unheilbar und bereits von Anzeichen der psychischen Schwäche begleitet erklärt wird. 4) Die Entscheidung über die Ehescheidung wird getroffen vom Gericht unter Teilnahme von nicht weniger als drei sachverständigen Psychiatern. 5) Die Fragen über die Versorgung der Kinder geschiedener Gatten, ihre Erbrechte, die Bestimmung der Rechte der geschiedenen geisteskranken Gatten auf Fürsorge, gleich wie die Fragen über die Vormundschaft müssen von Juristen bearbeitet werden. — Der Medizinalrat nahm einstimmig den Bericht an und beschloss sich gehörigen Ortes in diesem Sinne zu verwenden.

W. Narbut: «Das psychologische Laboratorium der psychiatrischen Klinik in Giessen». (Nr. 3).

Sehr ausführliche Beschreibung dieses von Prof. Sommer gegründeten und geleiteten Instituts, namentlich der Apparate, mit 22 Abbildungen.

W. Sresnewski: «Ueber die Veränderung des Kniereflexes unter dem Einflusse des durch einen Schuss hervorgerufenen Schreckes». (Nr. 3).

Experimentelle Untersuchung mittels des Sommer'schen Apparates. Das Hauptergebniss lautet: Schreck, durch einen unerwarteten Schuss hervorgerufen, verkürzt brüsk die Zeit des Reflexes und verstärkt seine Intensität.

W. Bechterew: «Hypertrophische Entwickelung der Brustdrüsen bei Männern als eine erworbene Veränderung. Mit einem Photogramm». (Nr. 4).

4 kurze Krankengeschichten. 1) 30-jähriger Offizier. Hodenatrophie aus unbekannten Gründen und anschliessend Entwickelung vollkommen ausgebildeter Hängebrüste. 2) Patient mit amyotrophischer Lateralsklerose und Hypertrophie der Brustdrüsen, besonders der rechten. 12 Jahre vorher Trauma der Hoden, welche jetzt atrophisch sind, besonders der rechte. 3) Pat. mit gonorrhoischer Entzündung der Genitalien. 10 Jahre nach dieser Atrophie der Hoden und übermässige Entwickelung der Brustdrüsen, welche ein virginales Aussehen darbieten. 4) 55-jähriger Geistlicher mit starkem Fetthängebauch stark entwickelten an weibliche erinnernden Brustdrüsen. Der enge Zusammenhang zwischen der Geschlechtssphäre der Weiber und der Entwickelung ihrer Brustdrüsen äussert sich auch bei Männern, aber im umgekehrten Sinne, und kann zudem konstatiert werden nicht nur in Fällen von angeborener Atrophie der Geschlechtsorgane, die begleitet wird von der Entwickelung einer Hypertrophie der Brustdrüsen, sondern auch bei pathologischen Prozessen, welche zur Atrophie der Samendrüsen führen. Hierbei handelt es sich nicht um einfache Fettablagerung in der Gegend der Brustdrüsen, welche eine Hypertrophie derselben vortäuschen könnte, sondern um eine wahre Hypertrophie, da in den beschriebenen Fällen man sich durch Palpation von der Existenz der einzelnen Läppchen der vergrösserten Brustdrüsen überzeugen konnte.

M. Shukowski: «Koituszwangsidee, verbunden mit Furcht vor fremdem Blick, welche sich bei einem degenerativen Subjekt auf dem Boden der geschlechtlichen Enthaltsamkeit entwickelte». (Nr. 4).

Auf Grund seiner Literaturstudien resumiert Verfasser, dass beim völlig gesunden Menschen die geschlechtliche Enthaltsamkeit nur in Ausnahmefällen und auch dann noch unter Zweifel, schädlich auf die Gesundheit wirken und diese oder jene Veränderung in der somatischen oder psychischen Sphäre hervorrufen kann. Im höheren Maasse und vorzugsweise äussert sich diese Erscheinung bei degenerativen Subjekten mit stark entwickeltem Geschlechtstriebe und kann bei ihnen als Anstoss zu nervöser oder psychischer Störung dienen, in welcher die Geschlechtssphäre eine wesentliche Rolle spielt, indem sie den Symptomen der auf dieser Basis sich entwickelnden Erkrankung einen eigenartigen Anstrich giebt. Als Illustration giebt Verfasser die im Titel angeführte Krankengeschichte eines 20-jährigen Studenten, welche sich als weiterer Beitrag zur bekannten Tatsache erweist, dass Ueberreligiosität, Mystizismus und Erotismus nahe bei einander wohnen.

W. Stieda: «Ueber die Psychiatrie in Japan». (Nr. 4).

Die Arbeit ist auch in einer deutschen Zeitschrift (Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Nr. 216. 1. Juli 1906) erschienen. Das Resumé lautet: Japan hat auf psychiatrischem Gebiete noch viel Arbeit zu leisten. Es ist zu wünschen, dass die Regierung den Ratschlägen und Bitten der Spezialisten mehr Aufmerksamkeit schenke und die gesammte Irrenpflege in ihre Hände nehme unter Leitung speziell vorgebildeter Aerzte. Je mehr das japanische Volk zu höherer Kultur fortschreitet, umsomehr muss für die Irrenpflege gesorgt werden. Zu diesem Zwecke sind grosse Mittel erforderlich, welche von der Regierung am ehesten beschafft werden können. Die Aufgabe des Psychiater hat in der Ausarbeitung eines den japanischen Lebensbedingungen entsprechenden Systems der Irrenpflege zu bestehen. Versuche in dieser Richtung sind bereits von Prof. Kuro in Tokio begonnen. Erst wenn die gesammte Irrenpflege sich in den Händen von Aerzten befinden wird, kann erwartet werden, dass auch psychiatrische Wissenschaft in Japan ihren Platz finden wird.

W. Tschagowez: «Zur Frage über die Unermüdbarkeit des Nerven». (Nr. 4).

Versuche an Katzen. Die Ergebnisse lauten: 1) Auf der Körperhälfte, welche der Tetanisierung unterworfen wurde, geschieht die Erholung von der Curarewirkung bedeutend langsamer, als auf der in Ruhe verbliebenen. 2) die Erregbarkeit des Nerven auf der gereizten Seite erscheint mehr oder minder herabgesetzt in Abhängigkeit von der Stärke des tetanisierenden Stromes, wobei diese Herabsetzung hauptsächlich jene Ströme, welche notwendig sind zur Erreichung starker resp. maximaler Kontraktionen, und in weit geringerem Grade die Schwelle für minimale Kontraktionen betrifft. 3) Die direkte Muskelerregbarkeit auf der gereizten Seite erweist sich ebenfalls etwas herabgesetzt. 4) Der Nerv der gereizten Seite verliert immer etwas früher seine Erregbarkeit, als auf der in Ruhe gelassene.

Die Aenderung der Erregbarkeit des Nerven bei Tetanisierung ist mithin analog der Aenderung, welche sie erfährt infolge ungenügend schneller Wiederherstellung nach dem Tode des Tieres durch künstliche Ernährung mit Lock'scher Flüssigkeit, wobei diese Aenderung proportional ist der Stärke des angewandten tetanisierenden Stromes im ersten Falle, und der Zeitdauer der Belassung des Nerven ohne künstliche Zirkulation im zweiten Falle.

W. Sresnewski: «Ueber den Einfluss reproduzierter Vorstellungen auf Puls und Atmung». (Nr. 5).

Experimentelle Untersuchung. Das Resumé lautet: Im Allgemeinen trat in der grossen Mehrzahl der Fälle unter dem Einfluss sowohl angenehmer Erinnerungen eine Beschleuni-

gung des Pulses ein. Jedoch war die Beschleunigung, welche während unangenehmer Erinnerungen eintritt, bedeutend grösser, als die bei angenehmen. Diese Beschleunigung erstreckt sich in einigen Versuchen bis 0,11—0,12 Sekunden auf einen Pulsschlag und ist im Mittel aus allen Versuchen gleich 0,06 Sek. Die Beschleunigung bei angenehmen Erinnerungen dagegen beträgt nur 0,03 Sek. In drei dieser Fälle trat sogar eine geringe Verlangsamung des Pulses ein. Hinsichtlich der Atmung sind die Resultate weniger bestimmt. Mit Sicherheit kann behauptet werden, dass unter dem Einfluss von Erinnerungen die Atmung weniger regelmässig wird. Bei unangenehmen Erinnerungen wird sie immer beschleunigt und in der Mehrzahl der Fälle tiefer. Bei angenehmen Erinnerungen ist sie manchmal verlangsamt, manchmal beschleunigt, in einem Falle anfangs verlangsamt, dann beschleunigt: die Tiefe ist ebenfalls unbeständig, wobei die Atmung das eine Mal beschleunigt und tiefer, das andere Mal beschleunigt und oberflächlich, ein drittes Mal verlangsamt und tiefer und endlich in wieder anderen Fällen verlangsamt und oberflächlich ist. Unzweifelhaft ist jedenfalls, dass reproduzierte Vorstellungen auf Atmung und Puls ungleichartig zurückwirken, und zwar in Abhängigkeit davon, ob sie angenehme oder unangenehme Erlebnisse betreffen, und ferner, dass die Form, in welcher Erinnerungen unangenehmen Charakter sich wiederspiegeln, eine bestimmtere ist.

M. Nikitin: «Ueber die psychomotorischen Zentra des Hammelhirnes». (Nr. 5).

Experimentelle Arbeit zur Klärung der Gehirnlokalisation bei dieser Tierspecies. Die Resultate des Verfassers bestätigen die von Marcacci, widersprechen teilweise denen von Ziehen. Die Tatsache, dass beim Hammel die Zentren für die Lidbewegung in derselben Windung mit den Extremitätenzentren liegen, hat nach Autors Ansicht eine grosse Bedeutung zur Lösung der Frage, ob homologe Abschnitte der Hirnrinde bei einzelnen Arten der Säugetiere immer dieselbe Funktion besitzen oder nicht und zwingt ihn die Existenz eines solchen konstanten Verhältnisses zwischen Territorium und Funktion zu leugnen, da wir wissen, dass bei anderen Tierarten die Reizung der Gegend medial von der Fissura coronalis keine Bewegung der Lider hervorruft.

A. Korolkow: «Jodipin und seine Anwendung in der Therapie der Zerebrospinalsyphilis». (Nr. 5).

An 32 Fällen hat Verf. das Mittel erprobt. Er empfiehlt nur die intramuskuläre Injektion des Mittels, da es bei innerer Anwendung dank seinem hohen Fettgehalt (75—90%) von der Schleimhaut schlecht resorbiert wird. Die günstige Wirkung auf den Darm und auf die Ernährung der Kranken verbindet sich mit dem mächtigen Einfluss auf den mächtigen Einfluss auf den spezifischen Prozess, wobei die Ablagerung des Mittels im Organismus und seine allmähliche Ausscheidung (noch 9—10 Monate nach beendeter Einführung) eine wichtige Rolle spielen.

Leschtschina u. Ssokolowskaja: «Die Einprägung gleichartiger Gesichtseindrücke und die Rolle der Aufmerksamkeit bei diesem Prozesse». (Nr. 5).

Versuche an 8 Personen. Das Resumé lautet: Die Einprägung bleibt nicht die ganze Zeit gleichmässig angespannt, sondern schwankt in streng gesetzmässiger Weise. Auf den Moment der grössten Aufmerksamkeitsanspannung, welcher dem ersten Eindrucke entspricht, folgt eine Periode der geringsten Anspannung derselben, wo die Perzeption des gegebenen Objekts derart schwach ist, dass es im Gedächtnisse keine Spur hinterlassen kann. Dieses Minimum der Aufmerksamkeitsspannung fällt bei der gegebenen Versuchsanordnung ungefähr mit der 13.—14. Sekunde der Gehirnarbeit zusammen, welche auf die Perzeption der gleichartigen Eindrücke gerichtet ist und der Perzeption des Eindruckes der Reihenmitte entspricht. Darauf nimmt die Aufmerksamkeitsspannung wieder zu, um ihr zweites Maximum zu erreichen, welches der Zeit nach ungefähr der 28.—29. Sekunde entspricht, der Reihenfolge nach jedoch den letzten Eindrücken. Ausser diesem Hauptnachlass der Aufmerksamkeitsspannung, welche die Antorinnen Hauptwelle ihrer Schwankung genannt haben, existiert noch in diesem Zeitraume (28.—29. Sek.) eine zweite geringe Erschlaffung derselben, welche von ihnen sekundäre Welle genannt wurde und der Hauptwelle meistens folgt, bisweilen jedoch ihr um ein Geringes vorausgeht. 2) Wie stark auch das Gedächtniss der gegebenen Versuchspersonen gewesen sein mag, niemals wurden alle Bilderchen, welche der Versuch in sich schloss, in ihrer Gesammtheit reproduziert, was somit als Resultat des beständig waltenden Gesetzes der Aufmerksamkeitsschwankung erscheint, dank welcher nicht alle Eindrücke gleichmässige Klarheit und Stärke bei der Auffassung besassen. Die grösste Anzahl der reproduzierten Eindrücke belief sich von 10 gegebenen auf 8,15, im Mittel jedoch auf 6,5. — Der Zusammenhang der gegebenen Eindrücke nach irgend einer Assoziation, wenn er auch auf die Anzahl der festgehaltenen Eindrücke Einfluss ausübt, verändert jedoch nicht wesentlich die Kurve der Aufmerksamkeitsschwankung. Das Gesetz der rythmischen Aufmerksamkeitsschwankung bleibt in voller Kraft, indem es den einen Eindrücken ermöglicht, mit solcher Stärke und Klarheit aufgefasst zu werden, dass sie eine feste Spur im Gedächtniss hinterlassen, und indem es andere Eindrücke dieses Vorzuges beraubt, wie sie auch mit den ersteren verbunden sein mögen

L. Pussep: «Ueber Anzeigen und Gegenanzeigen zur Trepanation bei Epilepsie und Idiotie». (Nr. 5).

Für die mikozephale Idiotie findet Autor nur Gegenanzeigen, für die Epilepsie mehr weniger genaue und bestimmte Anzeigen, und zwar unterscheidet er direkte Anzeigen, wo man dem Kranken mit äusserst seltenen Ausnahmen durch die Operation völlige Heilung von den Anfällen versprechen kann, und relative, wo die Prognose weniger günstig ist. Die direkten Anzeigen sind: a) Frisches Trauma mit allen seinen Begleiterscheinungen, Schädelimpression, beschränkte lokalisierte Symptome der Hirnläsion u. a. b) Weiter zurückliegende traumatische Schädigung des Schädels, wo alle objektiven Folgen des Traumas vorhanden sind im Verein mit Symptomen der Reizung der motorischen Hirnregion. c) Hinweise auf ein Trauma fehlen, jedoch sind streng lokalisierte Symptome der Hirnläsion vorhanden (streng lokalisierte und beständig sich wiederholende unbedeutende Krämpfe. Paresen, Sensibilitätsherabsetzung oder vasomotorische Störungen ausserhalb der Anfälle in denjenigen Körperteilen, welche von Krämpfen befallen werden und andere Symptome, welche auf eine konstante Hirnrindenläsion hinweisen). — Eine relative Anzeige geben folgende Fälle: d) Die Krämpfe sind lokalisiert, aber weder Hinweise auf ein Trauma, noch irgendwelche Störungen von Seiten der von Krämpfen befallenen Organe vorhanden; hier zeigt die Hirnrinde fast gar keine Veränderungen und ist die Exzision derjenigen Zentren indiziert, von denen die Reizung ausgeht. e) Der Anfall beginnt mit lokalisierten Krämpfen und geht in allgemeine Epilepsie über mit allen ihren charakteristischen Symptomen; hier ist die Operation nur indiziert bei Vorhandensein von Hinweisen auf ein allmähliches Anwachsen der Erscheinungen bei anfänglicher Existenz einer lediglich lokalisierten Epilepsie und ist trotzdem die Heilungsaussicht wenig tröstlich. Eine Gegenanzeige zur Trepanation besteht nach Verf. Meinung bei der allgemeinen essentiellen Epilepsie, in welchem Stadium sie auch zur Beobachtung kommen mag.

M. Shukowski: «Ueber pathologisch-anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems in einem Falle amyotrophischer Lateralsklerose». (Nr. 6). Mit 5 Abbildungen.

In Nr. 8 dieses Journals vom Jahre 1904 hat Verf. bereits einen solchen Fall mit bulbärem Beginn beschrieben. Vorliegender Fall, klinisch und anatomisch ausführlich untersucht, ergab folgende Befunde: es fehlen grobe makroskopische Veränderungen am Zentralnervensystem, weder sind Herdläsionen des Hirns- und Rückenmarks noch Veränderungen der Meningen zu finden, ebensowenig grobe makroskopische Veränderungen in der Hirnrinde und in den Hirngefässen. Dagegen zeigt die histologische Untersuchung ausgebreitete Veränderungen in den Leitungsbahnen des Hirns und Rückenmarks. Diese betreffen hauptsächlich die motorischen Bahnen. Die Pyramidenbahn erscheint degeneriert in ihrer ganzen Ausdehnung durch das Rückenmark und den Hirnstamm bis zur Rinde der Zentralwindungen. Die Degeneration ergreift weiter die Zellen der Vorderhörner im Rückenmark, die Kerne der bulbären Nerven, die Zellen der Zentralwindungen der Hirnrinde, und ausserdem die Wurzeln des motorischen Rückenmarks und dreier Bulbärnerven. Somit erstreckt sich die pathologisch-anatomische Veränderung vor allem auf die peripheren (spinalen und bulbären) motorischen Neurone und auf das ganze zentrale motorische Neuron (Pyramidenbahn). Eine Besonderheit dieses Falles ist die Degeneration in der Peripherie der Hintersäulen und in geringem Grade in den hinteren Wurzeln. Dieser Befund ist ungewöhnlich und in der Literatur sehr selten erwähnt. Ganz besonders hebt Verf. den Degenerationsbefund in den langen Kleinhirnbahnen hervor, von denen die direkte auch in seinem ersten Falle erkrankt war, während hier auch das Gower'sche Bündel ergriffen war. Da die Degeneration dieser Systeme im gegebenen Falle durch irgend eine Nebenursache nicht erklärt werden konnte, sondern offenbar von demselben Faktor wie die Affektion der anderen Systeme abhing, so scheint es Verfasser, dass kein Grund vorliegt

diese Erscheinung als eine zufällige bei der amyotropischen Lateralsklerose anzusehen, sondern als ebenso eigentümlich dem pathologischen Bilde dieser Krankheit, wie die Affektion einiger anderer Leitungsbahnen, welche gleichzeitig mit der Veränderung des Pyramidenbündels bei ihr beobachtet wird.

W. Bechterew: «Die Verkennung der Wirklichkeit für ein halluzinatorisches Erlebniss als eine von den Erscheinungen psychischer Störung». (Nr. 6).

1. Fall: Virgo, 42 a. n., Krankenaufseherin, im Klimakterium, nervöse erbliche Belastung, selbst nervös bis zu Anfällen kleiner Hysterie, litt während eines Monats an im Titel genannter Erscheinung, alle früheren Begebenheiten und die ganze Umgebung erschienen ihr nicht als Realität, sondern als etwas Künstliches, Untergeschobenes oder als Produkt ihrer Halluzinationen obgleich keine solchen oder Illusionen bestanden. Nach einem Jahr erkrankte Pat. an einer schwereren Geistesstörung.

2. Fall: Mädchen, 24 a. n., mit neurasthenischem und teilweise vielleicht hysterischem Zustande, schwerer hereditärer Belastung, empfand das früher Erlebte als Traum oder als etwas Unreales, als Produkt ihrer Phantasie oder Grübeleien, die Umgebung imponierte ihr gleichfalls als etwas Geträumtes. Keinerlei Sinnestäuschungen lagen vor.

Aehnliche Erscheinungen werden nicht selten bei schweren akuten Psychosen z. B. der halluzinatorischen Verwirrtheit beobachtet, jedoch durch andere Symptome hier verdunkelt und daher nicht immer aus dem allgemeinen Krankheitsbilde leicht herausgesondert. Sie spielen zweifellos öfters eine wichtige Rolle in der Entwicklung von Wahnideen gleichzeitig mit wirklichen Sinnestäuschungen. Es handelt sich offenbar nicht oder wenigstens nicht allein um eine Störung des Perzeptionsprozess, sondern um eine solche des Erkennungs- resp. Reproduktionsprozesses. Die Patienten fassen die Umgebung völlig richtig auf, können sie nur nicht für etwas Wirkliches halten ungeachtet dessen, dass ihr Urteilsprozess gleichzeitig keine wesentlichen Anomalien zeigt. Es sind also echte Erkennungstäuschungen, die bald mehr weniger isoliert, bald zusammen mit Sinnestäuschungen und anderen Störungen der psychischen Sphäre beobachtet werden können. In einzelnen Fällen erkennen solche Kranke auch ihre Träume nicht als wirkliche Träume, sondern als künstlich hervorgerufene Erscheinungen an. — Die erwähnten Zustände stellen ein vollkommen eigenartiges Symptom dar, welches mit der Paramnesie in naher Beziehung steht.

L. Pawlowskaja: «Zwei Fälle von geistiger Erkrankung unter dem Einfluss sozialer Ereignisse». (Nr. 6).

26-jährige Kursistin und 32-jährige Musikerin, beide erblich belastet, ohne psychisches Gleichgewicht, erkranken die erstere infolge Sichhinreissenlassens von den politischen Begebenheiten, aktiver Teilnahme an sozialer Tätigkeit, Unannehmlichkeiten durch Auseinandersetzungen mit der Polizei an hysterischer Psychose, die zweite infolge eines Judenpogroms an Melancholie. Die klinische Form beider Psychosen unterschied sich in nichts von analogen durch andere ätiologische Momente bedingten Psychosen. Nur die jüngst erlebten sozialen Ereignisse spiegelten sich im Inhalt des Wahnes und der Halluzinationen wieder.

J. Spirtow: «Ueber den Einfluss farbiger Beleuchtung auf den Blutdruck beim Menschen». (Nr. 6).

Versuche an 3 Personen. Das Resumé lautet:

1) Rotes und grünes Licht bringen den Blutdruck zu progresssivem und ziemlich tiefem Sinken, blaues Licht dagegen anfangs zum Steigen und dann zum Sinken, aber einem bedeutend geringeren, als in obigen Fällen.

2) Nach vorhergehendem Verweilen der Versuchsperson im Dunkelzimmer ist das Sinken des Blutdruckes weniger ausgesprochen, was sich weniger in dem Grade der Abnahme, als hauptsächlich in dem langsamen Eintreten des Maximum des Abfalls äussert.

3) Bei monotonem, untätigem Verhalten der Versuchspersonen in sitzender Haltung, wie es in allen Versuchen beobachtet wurde, giebt das gewöhnliche und verdunkelte Tageslicht im Laufe wenigstens einer Stunde ebenfalls eine Blutdruckerniedrigung, jedoch keine schroffe, wobei das verdunkelte weisse Licht ein stärkeres Sinken herbeiführt. Nach vorherigem Aufenthalt in der Dunkelheit bewirkt das verdunkelte weisse Licht eine anfängliche geringe Erhöhung, alsdann ein geringeres Sinken des Blutdruckes, als im vorhergehenden Falle.

4) Farbiges Licht, eines nach dem andern zur Einwirkung gebracht, scheint die Eigentümlichkeiten seiner Wirkungsweise auf den Blutdruck zu bewahren.

Michelson.

Russki Wratsch (Russischer Arzt). 1907. Nr. 31—44.

J. Nasarow: «Ueber die Häufigkeit der primären Darmtuberkulose der Kinder». (Nr. 31).

W. von Ungern-Sternberg: «Ueber den Einfluss der Roentgenisation der Milz auf das Blut». (Nr. 31).

Behandelt wurden 2 Knaben von 2 und 4 Jahren. Im ersten Falle bestand eine ausgesprochene Rhachitis, die Milz war hart, sehr gross, und reichte fast bis zum Nabel. Durch die Behandlung mit X-Strahlen war eine deutliche Verringerung des Prozentgehaltes der Lymphozyten und eine Erhöhung des Prozentgehaltes der polymorphen Zellen zu konstatieren. Nach jeder Sitzung fiel die Menge der weissen Blutkörperchen, wobei die Verringerung zuerst und am meisten die Zahl der Lymphozyten betraf. Die Zahl der roten Blutkörperchen wurde nicht wesentlich beeinflusst. Die einzige Veränderung, die an ihnen zu konstatieren war, war die, dass sie sich vielleicht heller färbten. Was das Haemoglobin betrifft, so sank nach jeder Roentgenisation der Prozentgehalt desselben von 5—10 (nach Sahli), abgesehen davon, dass nach einem gewissen Zeitraum der Behandlung eine Erhöhung des Haemoglobingehaltes zu bemerken war. Ausserdem konnte man noch konstatieren, dass das Blut, welches aus der Einstichöffnung genommen wurde, später gerann. Im Verlaufe der Behandlung, besonders aber nach jeder Sitzung, färbten sich die Kerne der Blutkörperchen, besonders der Lymphozyten, schlechter.

Auch im 2-ten Falle, bei ziemlich stark ausgesprochener Blutarmut, konnte der obige Befund bestätigt werden. Der Prozentgehalt an Haemoglobin nahm vom Tage des Eintritts um 22% zu. Die Milz verkleinerte sich bedeutend schneller, als es sonst bei anderer Behandlung der Fall ist. Es war jedenfalls eine günstige Beeinflussung des Verlaufs der Krankheit durch die Roentgenisation zu konstatieren.

A. Hagentorn: «Ein besonderer Fall einer Ovarialgeschwulst mit Bildung freier Körper in der Bauchhöhle». (Nr. 31).

Eine 34-jährige Bäuerin wurde im Juli 1905 wegen einer mehrkammerigen Ovarialcyste operiert. Zwischen den Darmschlingen befanden sich in grosser Menge freie Körperchen von gelblich-grüner Farbe, die grössten von Haselnussgrösse, die kleinsten wie eine Hirsekorn. Die Bauchhöhle ganz von ihnen zu reinigen war unmöglich. Nach 8 Monaten musste die Kranke noch einmal operiert werden und zwar einer fast mannskopfgrossen Geschwulst wegen, die sich als Adenokarzinoma papillare erwies; die erste Geschwulst war leider aus Versehen vernichtet worden. Nach $1/2$ Jahre stellte sich die Kranke wieder vor, aus dem unteren Wundwinkel entleerte sich Eiter. Nach Erweiterung der Oeffnung gelangte man rechts in eine grosse Abszesshöhle, die sich auf Tamponade stetig verkleinerte. In der Bauchwand und in den rechtsseitigen Inguinaldrüsen waren Metastasen zu konstatieren. Gleichzeitig mit der Verringerung der Eiterausscheidung bildete sich ein Darmfistel.

A. Stackelberg: «Adenokarzinom der Glandulae ceruminosae». (Nr. 31).

Bei einem 46-jährigen Offizier war der äussere Gehörgang bedeckt mit sehr schmerzhaften Granulationen. Etwa 5—6 Cent. vom Eingange war das ganze Lumen ausgefüllt von einer grau-weissen Geschwulst, in der deutlich Gefässe zu sehen waren. Bei der Berührung mit der Sonde war die Geschwulst hart und empfindlich. Das rechte Ohr war vollständig taub. Die Geschwulst wurde entfernt und erwies sich als das sehr seltene Adenokarzinom der Glandulae ceruminosae.

S. Tomaschewski: «Zur Frage über die intramuskulären Injektionen». (Nr. 31).

Die Quecksilberpräparate, welche in die Muskeln gespritzt werden, bedingen Verhärtungen, welche nicht resorbiert werden. Die Art der Injektion und das Präparat spielen keine Rolle. Für die Resorbtion ist von Wichtigkeit der Zustand der Gewebe.

M. Kirejew: «Ueber Rückfallfieber». (Nr. 32).

Probevorlesung.

N. Michailow: «Der gegenwärtige Stand der Urologie, als besondere Spezialität». (Nr. 32).

Probevorlesung.

P. Filosofow: «Ein Fall von alveolarem Echinokokkus der Leber». (Nr. 32).

Dieser Fall ist besonders interessant darin, dass sich eine bedeutende Leukozytose ausbildete, wobei eine starke Vermehrung der Eosinophilen zu konstatieren war, 7,8%—15,0%—15,6%. Der Patient, ein 26-jähriger Soldat, wurde einer Probelaparotomie unterzogen, da eine Neubildung in der Leber oder eine eitrige Angiocholitis durch Gallensteine vorausgesetzt wurde; aber schon makroskopisch konnte ein alveolärer Echinokokkus der Leber festgestellt werden.

L. Okinschiz: «Zur Technik der Naht der Bauchdecken». (Nr. 32).

Die von P. Buchmann angegebene Naht der Bauchdecken mit Bronce-Aluminiumdrath wird auch in der gynäkologischen Klinik des weiblichen medizinischen Instituts in Petersburg ausgeführt. Das Peritoneum wird fortlaufend mit Katgut genäht, darauf die Faszie und die Haut mit Draht. Die Zeitdauer beim Vernähen der Wunde beträgt bei einer Länge derselben von 15—20 Cent. gegen 10—15 Min. Von der Haut wird die Naht am 10-ten, von der Faszie am 14 Tage entfernt. Komplikationen treten selten ein, und in 2 Fällen riss der Draht, konnte aber wieder verhältnissmässig leicht aufgefunden werden. In allen anderen Fällen war der Verlauf ein zufriedenstellender.

M. Paspopowa-Winogradowa: «Zur Frage über die Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane während des Koitus». (Nr. 32).

Bei einer 22-jährigen Bäuerin war in der hinteren Scheidewand 1,5 Cent. vom Introitus eine etwa 3 Cent. breite Oeffnung, durch welche der Finger direkt in den Mastdarm eindrang. Auffrischung der Wundränder, Vernähung, Heilung.

Th. Geissler: «Zur Diabetes-Theorie». (Nr. 33).

G. Steblin-Kaminski: «Ueber Pneumokokkenperitonitis». (Nr. 33).

Diese seltene Krankheit muss als besondere Gruppe unter den anderen Formen der Peritonitis aufgestellt werden. Sie befällt häufiger Kinder, besonders Mädchen und die Infektion erfolgt durch den Darmkanal oder durch die Blutbahn. Die Diagnose ist schwerer zu stellen, in Folge dessen wird die Laparotomie auch häufig zu spät ausgeführt.

S. Biron: «Zur Frage über die Komplikation des Unterleibstyphus mit Gangrän der Extremitäten». (Nr. 33).

Bei einer kräftigen Kranken begann in der 3-ten Woche eines leichten Typhus Gangrän der rechten Ferse und Unterschenkels. Auf die ihr vorgeschlagene Amputation ging Patientin nicht ein.

N. Kuschew: Ueber Achylia gastrica simplex s. idiopatica». (Nr. 33).

Vortrag, gehalten auf dem X. Kongress zum Andenken an Pirogow.

L. Litschkuss: «Ueber die Behandlung veralterter Uterusinversionen». (Nr. 34).

Bei einer 44-jährigen Person bildete sich nach der 10-ten Geburt eine Uterusinversion aus. Erst nach 10 Monaten trat Patientin ins Hospital ein. Die Operation wurde von L. nach Piccoli ausgeführt. Die Rekonvaleszenz verlief glatt.

A. Bernstein: «Zur Pathologie der Osteomalazie». (Nr. 34 und 35).

B. Cholzow: «Ein seltener Fall von Anomalie der Niere. Eine gekreuzte Dystopie». (Nr. 34).

C. Agabekow: Ueber die Reaktion Cammidge's bei Erkrankungen des Pankreas». (Nr. 34 und 35).

Im Marienhospital in St. Petersburg wurde die Reaktion Cammidge's zuerst 1906 angewandt. Zur Untersuchung gelangten 50 Fälle. Die Resultate waren ausgezeichnete. Es konnte eine Erkrankung der Pankreas festgestellt werden, wo auch nicht der geringste klinische Anhaltspunkt vorlag. In 3 Fällen, in denen eine solche Erkrankung vorausgesetzt wurde, fiel die Reaktion negativ aus, wodurch die Diagnose bedeutend erleichtert wurde.

S. Girgolaw: «Angeborene Divertikel der männlichen Harnröhre». (Nr. 34 und 36).

Diese Fälle sind sehr selten. Es gelang G. nur 20 in der Literatur zu finden, von denen nur einer in Russland publiziert worden ist. In der hier beschriebenen Krankengeschichte handelt es sich um einen 3-jährigen Knaben, bei dem am skrotalen Teil der Penis eine Geschwulst von wechselnder Grösse zu sehen war, aus welcher sich beim Druck auf dieselbe aus dem Urethralkanal Harn entleerte. Der Katheter konnte leicht in die Höhle eingeführt werden, Schmerzen waren dabei nicht vorhanden. Die Operation wurde in Narkose leicht ausgeführt und der Verlauf war günstig.

N. Popow: «Ueber periodische familäre Lähmung». (Nr. 35—37.

Vorlesung, gehalten den Studenten der Odessaer Universität.

A. Dubinski: «Ueber die versenkte fortlaufende Naht bei Laparotomieen nach Lebedew». (Nr. 35).

W. Orlow: «Zur Kasuistik der retrocervikalen Myome des Uterus». (Nr. 36).

Die Geschwulst hatte die Grösse einer Gebärmutter im 8 Monat der Gravidität. Per laparotomiam wurde sie supravaginal entfernt. Heilung per primam.

B. Finkelstein: «Ueber die Erkrankungen des S. romanum und seines Mesenteriums». (Nr. 37 und 38).

Beschreibung von 7 Fällen, die F. operiert hat.

W. Orlowski: «Aufgaben und Richtungen der gegenwärtigen Lehre über die Erkenntniss der inneren Krankheiten». (Nr. 37 und 38).

Antrittsvorlesung in Kasan.

G. Davydow: «Vergleichende Begutachtung der Geburtsmethoden bei Beckenverengerungen mittleren Grades». (Nr. 37).

Wenn sich eine Frau mit einer Beckenverengerung mittleren Grades während einer wiederholten Schwangerschaft an den Arzt wendet mit der Anamnese, dass die Kinder bei den früheren Geburten todt zur Welt kamen oder in Folge der Zange starben oder perforiert wurden, so soll ihr die Frühgeburt vorgeschlagen werden, wobei es ihr überlassen bleiben soll, was sie besser findet, Frühgeburt oder sich der Pubiotomie resp. Kaiserschnitt am Ende der Schwangerschaft bei relativer Indikation zu unterziehen.

Wendet sie sich am Ende der Schwangerschaft an den Arzt oder derselbe sieht die Betreffende zum ersten Male während der Geburt, so ist vor einer etwaigen Pubiotomie zuerst die Zange zu versuchen. Bei der ersten Schwangerschaft und einer Beckenverengerung 3-ten Grades soll eine Frühgeburt einge-

leitet werden, bei geringgradigeren Verengerungen soll das normale Ende der Schwangerschaft abgewartet werden, wobei jeder einzelne Fall besonders behandelt werden muss.

A. Balaschew: «Ein Fall von Missed labour». (Nr. 37).

Pat. erkrankte im 7-ten Monate der Schwangerschaft an schwerem Typhus mit hohem Fieber und 2-wöchentlicher Bewusstlosigkeit. Wahrscheinlich entwickelte sich in dieser Zeit in der Umgebung der Gebärmutter eine lokale Peritonitis mit darauf folgender Verwachsung der umliegenden Organe; durch diese Peritonitis waren wohl auch die veränderten, dünnen und zerreisslichen Wände der Gebärmutter zu erklären, zu der Zeit starb die Frucht ab. Die nachgebliebenen Knochen waren so fest mit dem Uterus erwachsen, dass beim Versuch sie zu entfernen, eine Perforation zu stande kam. Die Wunde wurde nach ausgeführter Laparotomie mit 3 Nähten versorgt, und die Kranke genas.

A. Grigorjew: «Zur Frage über die Unterscheidung des Menschenblutes vom Blute einiger Tiere durch die Grösse der roten Blutkörperchen bei gerichtlich-medizinischen Untersuchungen». (Nr. 38).

W. Janowski: «Ueber die Untersuchung der Reserveenergie des Herzens beim Druck auf die Schenkelarterie (nach der Methode Katzenstein) und über die dabei beobachteten Veränderungen der Pulskurve». (Nr. 38).

Th. Romanow: «Ueber Distomum felineum Riv. nach Ergebnissen der pathol. anatomischen Sektionen der Tomsker Universität von 1892—1906». (Nr. 39).

J. Sematzki: «Zur Frage über die Schnelligkeit der Steinbildung in der Blase». (Nr. 39).

Ein 32-jähriger Mann litt an Strikturen der Harnröhre nach Gonorrhoe. Beim Versuch zu katheterisieren riss ein Stück des Gummikatheters ab und blieb in der Blase. Nach ½ Jahre konnten zuerst Steine festgestellt werden. Nach 1 Jahr wurde Pat. operiert, wobei ihm 7 Steine verschiedener Grösse entfernt wurden.

J. Selenkowski: «Zur Frage über die Entstehung der neuroparalytischen Keratitis. Ein Fall von einseitiger neuroparalytischer Keratitis kombiniert mit allgemeiner Ptosis und Atrophie des Sehnerven nebst mikroskopischer Untersuchung des Augapfels». (Nr. 39).

E. Shebrowski: «Zur Frage über die Serumdiagnose der Tuberkulose». (Nr. 39).

G. Fleischer: «2 Fälle von Sepsis mit Ausgang in Genesung». (Nr. 39).

In beiden Fällen liess das polyvalente Antistreptokokkenserum im Stich, aber auf längere Behandlung mit Collargolklysmen trat schliesslich Heilung ein.

W. Dulganow und O. Lewitskaja: «Tiosinamin bei Augenkrankheiten». (Nr. 40—42).

Zur Anwendung gelangte das Tiosinamin bei Atrophie der Sehnerven, bei Pigmentretinitis und bei syphilitischer Chorioretinitis. Der Erfolg war ein durchaus günstiger, da das zentrale Sehen zunahm und das Gesichtsfeld grösser wurde; letzteres beobachtete man bereits, wo in der Sehschärfe keine Veränderung zu konstatieren war; meistenteils gehen aber diese Erscheinungen parallel. Die Sehfähigkeit verbessert sich verschieden und zwar ist das abhängig von der Form des Prozesses, seiner Dauer und Vorbereitung und anderen noch nicht aufgeklärten Ursachen und Bedingungen.

Nach Sistierung des Tiosinamins dauert die günstige Wirkung noch 2—3 Monaten an; irgend eine schlechte Einwirkung war nicht zu konstatieren.

S. Ssuchanow: «Ueber neue Richtungen in der klinischen Psychiatrie». (Nr. 40).

N. Wesselkin: «Ueber Wärmeumsatz unter Einfluss von Kohlensäure». (Nr. 40).

G. Grigorjew: «Zur Frage über die Feststellung minimaler Spuren Blut in Flecken mit Hülfe der Spektralanalyse in gerichtlich-medizinischen Fällen». (Nr. 41).

P. Rosenbach: «Ueber Beziehung der sog. Dementia praecox zu anderen Formen von Geistesstörung». (Nr. 41).

N. Prosorowski: «Zur Frage über die Pubiotomie». (Nr. 41).

Beschreibung von 2 Fällen, in denen von P. die Pubiotomie ausgeführt wurde. Der Erfolg war in jeder Beziehung ein günstiger. Zum Unterschiede von anderen Autoren gebraucht P. nach der Operation um das Becken zu fixieren nur 2 Sandsäcke, welche zu beiden Seiten gelegt werden und hauptsächlich die unwillkürlichen Bewegungen mit dem Becken verhindern sollen und eine möglichste Ruhelagerung derselben bewirken. Zusammenziehende Verbände werden vermieden.

R. Erdmann: «Zur Frage über die Infektion des Organismus mit Tuberkulose durch den Darm». (Nr. 41).

J. Rase und S. Saleski: «Zur Frage über die Radioaktivität einiger Mineralwässer Russlands (Borshom, Tsagweri, Narsan und Essentuki)». (Nr. 42).

K. Susslow: «Ueber arterielle und venöse Blutversorgung der Regio pancreatico-duodenalis». (Nr. 42).

Ausser den Arteriae pancreatico-duodenales superior et inferior hat S. noch eine pancreatico-duodenalis posterior gefunden, welche an der hinteren Fläche des Duodenums oder richtiger entlang seinem inneren hinterem Rande sich mit dem hinteren Zweige der Art. pancr. duoden. vereinigt und auf diese Weise auch einen vollständigen Arterienbogen hinten bildet. Venen fand S. meistenteils 3, und zwar war der Durchmesser der obersten 3—3,5 Mm., der mittleren 3, der unteren 2—2,5; alle wiesen Anastomosen auf.

A. Wischnewski: «Morphologische Ergebnisse des vergleichenden Studiums der Wirkungen der nephrotoxischen und normalen Sera». (Nr. 42—45).

S. Sowinski: «Zur Frage über die Entstehung der Infiltrate an Injektionsstellen von salizylsaurem Quecksilber». (Nr. 42).

K. Samurawkin: «Wie ist der Gallenfluss nach Echinokokkotomie zu bekämpfen». (Nr. 42).

Nach der bei einem 32-jährigen Manne ausgeführten Echinokokkotomie stellte sich eine mit nichts zu bekämpfender Gallenfluss ein. Der Pat. verfiel zusehends und wog nur 50,2. Schliesslich wurde die Echinokokkenhöhle austamponiert mit Binden, die in flüssiges Paraffin getaucht waren. Der Erfolg war ein wider Erwarten günstiger; geradezu wie ein Kork verschloss der Tampon die Fistel und verhinderte den weiteren Gallenabfluss. Zuerst wurde der Tampon täglich gewechselt, doch da sich dabei immer noch etwas Galle zeigte, wurde schliesslich ein kleines Stückchen Jodoformmarly aufgelegt und über dieselbe der Paraffintampon. Die Jodoformmarly hatte sich so fest angelegt, dass sie nicht täglich gewechselt zu werden brauchte. Auf diese Weise trat vollständige Heilung ein, am Ende der 9. Woche war die Fistelöffnung vernarbt und auch die Echinokokkenhöhle hatte sich ad minimum verkleinert.

N. Tshistowitsch und W. Jurewitsch: «Ueber den Prozess der Genesung bei Infektion mit Pneumokokken». (Nr. 43).

Alle Versuche zeigen, dass die Beseitigung und Unschädlichmachung des Herdes der Pneumokokkeninfektion in der Bauchhöhle des Hundes mit Hülfe 2 Prozesse vor sich geht: Fagozytose und Abkapselung und ohne Beteiligung von bakteriziden Stoffen.

G. Stebling-Kaminski: «Zur Frage über die plastische Verdeckung der Lücken der Bauchpresse». (Nr. 43).

O. Bogolinbow: «Zur Frage über die milchsauren Bakterien und das verkäufliche Laktobazillin». (Nr. 43).

Beide Arten Bakterien, sowohl aus der durch Laktobazillin gesäuerten als der gewöhnlichen sauren Milch gehören zur Gruppe der sog. Streptokokken-Günther L. und N.

M. Girschowitsch: «Die kohlensauren Wannen bei Behandlung der Herzkrankheiten». (Nr. 43).

A. Pawlowski: «Zur Frage über die Glossitis akuta staphylococcica». (Nr. 44).

S. Grusdew und A. Polilow: «Paramaecium s. Balantidium coli und Erysipelas salutare». (Nr. 44).

Bericht eines Falles, der im Militärhospital in Kronstadt zur Beobachtung gelangte». (Nr. 44 u. 45).

Der von K. und Teissier-Esmein gezüchtete Diplokokkus erweist sich als genau dergleiche, sowohl in Bezug auf die morphologischen und biologischen Eigenschaften als auch auf die Virulenz; er ist der spezifische Erreger der epidemischen Parotitis.

Fr. Mühlen.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie). Mai—Juni 1908.

Th. Ewetzki: «Ueber die kongenitalen Geschwülste der Augenhöhle, sogenannte Xeratome, Cephaloma orbitae posterior».

Aus der Literatur werden vier Fälle mitgeteilt. Es folgt die genaue klinische und anatomische Beschreibung eines eigenen Falles. Es handelte sich um einen sonst normal entwickelten Knaben den Ewetzki am Tage nach der Geburt zum ersten Male sah. Die ganze rechte Augenhöhle war ausgefüllt von einer Geschwulstmasse, das Auge lag vor der Lidspalte. Die Hornhaut leicht trübe, der Sehnerv liess sich abtasten. Nach $4^1/_2$ Monaten (16. Sept. 1898) fand sich das unterdessen atrophierte Auge von Geschwulstmasse umgeben. Die Geschwulst überragt den Augenhöhlenrand um etwa $4^1/_2$ Ctm. Die knöchernen äusseren Wände der Orbita sind auseinandergedrängt. Am 23. Sept. 1898 fördert die Probepunktion, drei Spritzen gelber, klarer Flüssigkeit zu Tage. Eröffnung der Cyste, Entfernung des geschrumpften Auges und eines Teiles der Cystenwand. 6 November 1898 Radikaloperation durch Dr. Golowin. In der Tiefe des Orbitaltrichters ein Knochendefekt und durch diesen pulsierende Hirnbewegungen sichtbar. Der tiefste Teil der Geschwulst müsste somit zurückgelassen werden. Am 11. September 1900 starkes Rezidiv der Geschwulst nebst Fistel mit eitriger Sekretion. 3. Oktober 1900 Operation. Geschwulst und Periost werden entfernt. Stinkender Eiter und Haare. Im Frühjahr 1907 ist der Knabe zum letzten Male gesehen worden. Die rechte Orbitalhöhle ist ausgefüllt mit einer festen knochigen Masse. Die Lider verwachsen. Intelligenz normal entwickelt. Es folgt die anatomische und mikroskopische Beschreibung der gewonnenen Präparate.

A. Wasutinski: «Ueber Selbstverstümmelung der Augen. Künstliche, gefärbte Hornhautflecken».

Die Flecken, welche auf der rechten Hornhautmitte erzeugt werden, sind wahrscheinlich folgenden Ursprungs: Das Epithel der Hornhaut wird durch Reizung oder Kratzen verletzt und darnach wird konzentrierte Jodlösung aufgetragen. Direktes Einspritzen von Jod durch eine feine Nadel zwischen die tieferen Schichten der Hornhaut wird wahrscheinlich ebenfalls geübt. Im Warschauer Bezirk wurden von 1891 bis 1907 11401 Mann auf die Sehschärfe untersucht. Darunter fanden sich 106 Mann mit selbstverstümmelten Augen und in dieser Gruppe wiederum 44 Mann mit gelben Hornhautflecken auf dem rechten Auge.

G. Belski: «Zwei Fälle von Eisensplitterausziehung aus dem Glaskörper mit dem Elektromagneten von Volkmann».

Wie der Haab'sche ist es ein sogenannter Riesenmagnet, besitzt aber den Vorteil, dass der Patient liegen kann, während der in jeder Richtung leicht zu bewegende hängende Magnet an das Auge herangeführt wird. Beim Haab'schen Magneten muss Kopf und Auge des Verletzten an den Magneten herangeführt werden.

A. Natanson: «Ringförmige Trübung auf der vorderen Linsenfläche (Vossius) nach Verletzung des Auges».

Es soll sich dabei um einen Abdruck des Pupillarrandes handeln. Gewöhnlich schwindet die Ringtrübung nach einigen Tagen.

Moskauer Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung am 30. Oktober 1907.

A. Natanson: «Ein Fall von Pseudoneuritis (?)».

Bei einer jungen Fabrikarbeiterin folgender Augenspiegelbefund: Neuritis mit Stauung. H + 1,5 D. Beiderseits volle Sehschärfe, normales Gesichtsfeld, wird seit zwei Jahren mit Jod und Quecksilber behandelt.

P. Chodin: «Ein Fall von Sarkom der Chorioidea».

T. Rshanizin: «Ein Lymphosarkom an der oberen Uebergangsfalte».

W. Strachow: «Entfernung eines Cysticercus aus der Gegend des gelben Flecken».

Einen zweiten gleichen Fall demonstriert M. Blagoweschtschenski.

M. Awerbach stellt ein Mädchen vor mit sogenannter Parinaud'scher Konjunktivitis.

N. Molodenkow demonstriert das Tonometer von Schiotz.

Sitzung am 27. November 1907.

J. Lubuschkin: «Ueber Siebbeinempyeme»,

A. Natanson: «Ein Fall schwerer retrobulbärer beiderseitiger Neuritis nach krouposer Pneumonie».

Sitzung am 22. Januar 1908.

A. Belski demonstriert eine Frau mit Knochengeschwülsten am linken Stirnbein und am linken Scheitelbein, der linke Augapfel ist nach unten und innen verdrängt, es besteht Sehnervenatrophie. Nach Scharlach, kompliziert mit eiteriger Entzündung des linken Ohres und Abszess am linken Warzenfortsatz, begann die Knochengeschwulst an der linken Augenhöhle zu wachsen.

P. Wallerstein spricht über die Ophthalmoreaktion nach Calmette.

Die klinisch tuberkulösen reagierten Alle. Von 39 verdächtigen reagierten 33 Patienten, von 27 klinisch gesunden reagierten 6. Wurde die Reaktion wiederholt, dann trat stets Reizung der Bindehaut auf. Die wiederholte Reaktion hat also diagnostisch keinen Wert. Gefährliche Komplikationen an den Augen hat er nicht beobachtet. W. brauchte 1 pCt. Lösung des Tuberkulin-Test.

G—n.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 7. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1908.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmasewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Obosrenje psichiatrii, nevrologii i eksperimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. 1906, Nr. 7—12.

A. Timofejew: «Ueber die Entlassung Geisteskranker». (№ 7).

Verf. stellt die These auf: Die frühzeitige Entlassung Geisteskranker soll nicht vermieden und gefürchtet werden. Die Familie und die gewohnte Umgebung, selbst wenn bisweilen diese nicht ganz günstig erscheinen mag vom Gesichtspunkte geistiger Ruhe, sind zweifellos äusserst wichtige therapeutische Factoren, deren Bedeutung wir leider oft zu wenig schätzen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass eine ganze Reihe psychischer Zustände, mit verschiedenartigen Nuancen, bei verschiedenen Formen der psychischen Erkrankung beobachtet wird, wo die Rückkehr des Kranken ins normale Leben, mit seinen gesunden Anforderungen und Bedingungen, den günstigsten Einfluss auf die Psychik des Menschen ausübt. Vergessen wir in der Tat nicht, dass das psychiatrische Krankenhaus eine Einrichtung ist, welche nach ihrem ganzen Lebenszuschnitte eine völlige Ausnahmeerscheinung darstellt mit besonderen Existenzbedingungen, die wenig den gewöhnlichen Lebensformen des Menschen entsprechen; bezüglich der Summe der in der Anstalt einwirkenden Eindrücke ist das Leben in ihr qualitativ, nie quantitativ selbstredend unvergleichlich ärmer als das gewöhnliche und als Resultat kann man stets eine Schwächung des psychischen Tonus erwarten infolge des Mangels der gesunden Selbsttätigkeit und Arbeit des Gehirns.

Kontraindiziert ist die frühe Entlassung bei vielen akuten Psychosen, besonders den mit Verwirrtheit, starker motorischer Erregung, Selbstmordversuchen u. d. a. vergesellschafteten in der Periode ihrer Blüte. Die Mehrzahl der Chroniker jedoch unterliegt, natürlich mit Ausnahme der körperlich schwachen, je nach der Individualität einer zeitweiligen oder dauernden Ueberführung in ausseranstaltliche Lebensverhältnisse, wozu in der Familienpflege der Geisteskranken bereits ein erfolgreicher Anfang gemacht ist.

Zur Illustration des Gesagten führt Verf. in Kürze 25 Krankengeschichten an. 10 Fälle von Paranoia chronica beweisen, dass gerade diese Form der Geistesstörung, sobald Sinnestäuschungen und Wahnideen abblassen und die Kranken schwächer auf sie zu reagieren beginnen, am geeignetsten zur frühzeitigen Entlassung ist. Sogar bei zwei Fällen von Paranoia erotica waren die Resultate glänzende. Bei akuten Formen incl. der periodischen Formen (1 Melancholie, 1 Manie, 1 Dementia senilis, 3 Paranoia halluc. acuta und subacuta, 4 Psychoses periodicae) waren die Ergebnisse in der Mehrzahl der Fälle gute, doch muss hier streng individualisiert und müssen besonders aufmerksam die häuslichen Verhältnisse abgewogen werden. 1 Fall von Moral insanity ist lehrreich: nach vielfacher erfolgloser Behandlung in verschiedenen Anstalten lebt Pat. seit über 2 Jahren völlig ruhig in seiner Familie. 3 Fälle von progressiver Paralyse, welche vor Eintritt der Remission entlassen wurden, erreichten diese sehr schnell und vollkommen nach der Rückkehr in die Familien, welche allerdings mit besonderem Verständniss die Pflege ihrer Kranken handhabten. 1 Fall von Hysterie beweist nach Verf. Erfahrung, dass hysterische Psychosen gewöhnlich schlecht in der Anstaltsumgebung verlaufen; die Aufgabe des Arztes besteht hier in Organisation eines möglichst vernünftigen Lebens dieser Kranken ausserhalb der Anstalt, ihre Internierung muss immer einen kurzdauernden Charakter tragen.

W. Bechterew: «Ueber die Verspätungsfurcht». (№ 7).

Verf. fügt zu den bekannten Phobien als selbstständige Form die «Verspätungsfurcht» hinzu, die ihm ziemlich häufig vorgekommen ist. In den meisten, wenn nicht allen Fällen handelt es sich um die Zwangsidee, dass das betreffende Individuum einen gegebenen Zeitmoment nicht einhalten könnte, welche sich mit allen psychischen und somatischen Merkmalen der Angst vergesellschaftet und sich in allgemeinem Ermüdungsgefühl und häufig in starker Schweissabsonderung löst. Als Grundlage dient oft die Neurasthenie, als Aetiologie gewöhnlich eine früher wirklich stattgehabte Verspätung. Eine Behandlung erheischen nur die schweren Fälle und kann sie sich auf Sedativa und Suggestion beschränken. In den leichteren Fällen wird das Eintreten der Furcht durch rechtzeitiges Handeln vermieden.

G. Dedow: «Zur Lehre von der Dementia paranoides». (№ 7 u. 8).

Diese von Kraepelin aufgestellte Krankheitsform wird noch vielfach angezweifelt. Aus der Buraschew'schen Anstalt beschreibt Verf. einen Fall sehr ausführlich, namentlich durch Wiedergabe vieler Schriftstücke des Patienten, um ihn als Stütze der Kraepelin'schen Ansicht zu verwerten. Beim 21-jährigen Patienten liessen sich konstatieren: 1) sehr schnelle Entwickelung der Krankheit; 2) Verfolgungs- und Grössenideen, ungeordnete, wandelbare, unsinnige, phantastische Ideen; 3) begleitende Hallucinationen des Gesichts und Gehirns; 4) gleichzeitige rasch sich entwickelnde Schwä-

chung des Intellectes, Bewusstseintrübung, Demenz. — Als Krankheitsursache ist hier erbliche Disposition (Vater — Alcoholiker, Mutter nervös) und übermässige geistige Anstrengung zu constatieren.

S. Jaroschewski: «Weisser Dermagraphismus als frühzeitiges objectives Kennzeichen der traumatischen Neurose». (Nr. 8).

Ausführliche Beschreibung eines Falles, der alle subjectiven Symptome der traumatischen Neurose darbot, aber kein einziges, objectives, ausser der weissen Dermographie. Für diese waren alle anderen Momente auszuschliessen, sodass Verf. dieses Symptom als charakterisch für die traumatische Neurose ansieht, umsomehr als dieser künstlich hervorgerufene Gefässkrampf sich sehr wohl in die Kette der übrigen vasomotorischen Erscheinungen bei dieser Krankheit einreiht. Er bittet um zahlreiche Nachprüfung dieser Erscheinung wegen ihrer praktischen Wichtigkeit.

E. Lustwerk: «Makrokephalie mit übermässig häufigen Pollutionen». (Nr. 8).

Krankengeschichte mit detaillierten anthropometrischen Daten. Pat., 32 Jahre alt, hat beiderseitige erbliche Belastung in schwerem Grade, ist hervorragender Schachspieler, sexuell abstinent, hat seit dem 19. Jahre Pollutionen, anfangs 1—2 mal wöchentlich, jetzt allnächtlich 1—2 mal, ist sexuell sehr erregbar. Jegliche Therapie war bisher erfolglos, Pat. ist völliger Sexualhypochonder geworden.

L. Pawlowskaja: «Die Psychose der Basedow'schen Krankheit». (Nr. 8).

Krankengeschichten dreier Patientinnen. Auf Grund derselben und von Literaturstudien glaubt Verfasserin die These aufstellen zu können, dass der Basedow'schen Krankheit eine besondere Psychose eigentümlich ist, welche durch folgende Züge charakterisiert ist: 1) Systematischer Verfolgungswahn, den Wahninhalt bilden hypochondrische Ideen und solche sexueller Verfolgung. 2) Charakterveränderung: Heftigkeit, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, prätenziöse Stimmung, schlechte Reaction auf alle Kleinigkeiten. 3) Zornige Erregung, die bis zur Tobsucht sich steigert. — Der Verlauf ist chronisch, zwischen Besserungen und Verschlechterungen schwankend. Die Prognose ist schlecht. Ob die Psychose in Schwachsinn übergeht, konnte Verf. nicht beobachten.

J. Spirtow: «Ueber die Brown-Séquard'sche Epilepsie bei Meerschweinchen». (Nr. 8 u. 10).

Die Experimente überzeugten den Autor, dass keinenfalls die Brown-Séquard'sche und die des Menschen identisch sind.

E. Nielsen: «Pathologisch-anatomische Veränderungen des Nervensystems bei chronischer Vergiftung von Tieren mit Aethylalcohol». (Nr. 9).

Vorläufige Mitteilung. 6 Hunde und 5 Katzen wurden mit Schnaps (40°) in allmählich steigenden Dosen getränkt von 1,0—1,5 Gramm absoluten Alcohols auf 1 Kilo Körpergewicht bis 9 u. 10 Gr. pro Kilo, im Verlaufe von 5—20 Monaten. Die Schlussfolgerung des Verf. lauten: 1) Die pathologischen Erscheinungen im Leben bei Tieren, welche einer längerdauernden Vergiftung mit Alcohol unterworfen werden, entsprechen den klinischen Erscheinungen beim chronischen Alcoholismus des Menschen. 2) Hunde ertragen die chronische Alcoholvergiftung besser, als Katzen. 3) Die hauptsächlichsten pathologisch-anatomischen Veränderungen von seiten des Nervensystems der Tiere, welche einer chronischen Alcoholvergiftung unterworfen wurden, bestehen in Hyperämie des Hirnes und seiner Häute, punctförmigen Blutaustritten. Am Hirn und Rückenmark, peripherer und allgemeiner Chromatolyse der Nervenzellen hauptsächlich des Rückenmarks und der Rückenmarksganglien. 4) Die Achromatinsubstanz der Nervenzellen unterliegt scheinbar fast gar keinen Veränderungen; wird sie jedoch ergriffen, so sehr spät während des Zellzerfalls. 5) In den peripheren Nerven werden bedeutende Erscheinungen der Degeneration und des Faserzerfalles beobachtet.

J. Spirtow: «Ueber den Einfluss farbiger Beleuchtung auf die Muskelarbeit». (Nr. 9).

Sehr ausführliche Literaturübersicht. Eigene Versuche mit 2 Frauen im Alter von 25 und 27 Jahren, sowie 2 Männern im Alter von 24 und 36 Jahren am Ergographen mit einer Belastung von 1,5 und 3 Kilo, bei gewöhnlicher und verdunkelter Tages- und bei farbiger Beleuchtung. Ein Teil der Resultate bestätigt den Schluss Férés über die relativ am meisten erregende, aber auch rascher schwindende Wirkung des roten Lichtes auf die Arbeitsfähigkeit, über die geringer erregende, aber länger anhaltende Wirkung des grünen Lichtes und über das Fehlen solcher Wirkung des blauen Lichtes. Letzteres scheint besonders nach Verlauf einer gewissen Zeitspanne eine deutlichere restaurierende Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszuüben, als die anderen Lichtarten.

M. Fedorow: «Zur Casuistik der Gehirngeschwülste». (Nr. 9 und 12).

Krankengeschichten und sehr ausführliche Analyse von 7 Fällen, von denen in 4 die Diagnose durch die Section bestätigt wurde.

P. Awtokratow: «Verpflegung, Behandlung und Evacuation der Geisteskranken während des russisch-japanischen Krieges 1904—1905». (Nr. 10 und 11).

Detaillierter und umfassender Bericht des leitenden Arztes für dieses Ressort, welches vom Roten Kreuz organisiert wurde. Unter den Officieren waren Alcoholpsychosen mit 40,1 pCt., Paralyse mit 10,9 pCt. vertreten, unter den Soldaten epileptische Psychosen mit 27,9 pCt., Alcoholpsychosen mit 13,3 pCt., Paralyse mit 4,3 pCt. Traumatische Psychosen wurden bei Officieren in 3,1 pCt., bei den Soldaten in 3,6 pCt. der Fälle diagnosticiert.

W. Bechterew: «Ueber partielle corticale und subcorticale Lähmungen der psychoreflectorischen Functionen». (Nr. 11).

Eine ganze Reihe reflectorischer Functionen unseres Organismus, die Mimik, das Blinzeln, Atmen, Kauen, Schlucken, die Miction und Defäcation sind in mehr weniger hohem Grade der Willkür unterworfen. Als ihre Basis dient zwar der Reflex, jedoch haben Willensimpulse ebenfalls auf sie Einfluss. Bei pathologischen Zuständen tritt die Trennung in den willkürlichen und reflectorischen Teil noch schärfer hervor, besonders bei corticalen Gesichts- und Augenmuskellähmungen. Dies beweist, dass in dem Centralnervensystem eine Teilung der Centren und Leitungsbahnen statthat in solche für die Auslösung psychoreflectorischer Bewegungen und in solche für die Auslösung willkürlicher oder beabsichtigter Bewegungen. Auch kann die Hirnphysiologie bereits eine solche Zweitteilung der Centren in der Hirnrinde nachweisen, so für die Augenbewegungen (das reflectorische in der hinteren und Schläfengegend der Hemisphären — das willkürliche in der Stirngegend), für die mimischen Bewegungen (beim Hund das reflectorische nach hinten und aussen vom Gyrus sigmoideus, das von Bechterew constatierte willkürliche im vorderen Teil des Gyrus sigmoideus resp. der Gyrus praecounciatus), für die Schluckbewegungen (bei Hunden wahrscheinlich das reflectorische im Gyrus suprasylvius an der Vereinigungstelle der Fissurae praesylvia und olfactoria, das willkürliche am vorderen Rande der zweiten Primärfurche nach aussen und vorn von dem Gyrus sigmoideus). — Für die Centren des Kauens, Atmens, der Miction und Defäcation ist diese Teilung nicht vorhanden; ihre Rindercentren sind als motorisch-willkürliche anzusehen, die Reflexe für diese Functionen gehen in den subcorticalen Centren vor sich.

W. Bechterew: «Ueber Zwangsweinen bei Hirnläsionen». (Nr. 11).

Einleitende Bemerkungen über den Unterschied zwischen Zwangsweinen resp. lachen und Krampfweinen — resp. lachen: Ersteres beruht stets auf einem psychischen Impulse, letzteres tritt als Aura bei Epilepsie auf. Folgen zwei Krankengeschichten von Arteriosklerotikern mit Herdläsionen im Hirn, die ausser Lähmungserscheinungen, namentlich von seiten der Harnblase, das Symptom des zwangsmässigen Weinens darboten. Die subcorticalen Centren der Harnentleerung liegen nach Bechterew im Thalamus opticus, hierselbst ebenfalls die Centren für die mimischen Bewegungen. Somit beweist das Vorkommen des Zwangsweinens besonders in Combination mit Urinincontinenz eine Läsion des Thalamus opticus und seiner Leitungsbahnen. Dieselbe diagnostische Bedeutung hat das Zwangslachen.

M. Astwazaturow: «Ueber Verbigeration». (Nr. 11)

Das Resumé des Verf. lautet: Alle Formen von stereotypen Wiederholungen ein und derselben Wörter und Phrasen bei Geisteskranken können in zwei Gruppen geschieden werden. Zur ersten gehören Fälle von Sprachstereotypie in Abhängigkeit von einem bestimmten Vorstellungsinhalt. Hier ist die Wiederholung von Wörtern und Phrasen eine secundäre Erscheinung: die motorische Stereotypie (in der Sprachsphäre) erscheint als Resultat der Vorstellungsstereotypie. Im Gegensatz hierzu ist die Verbigeration eine primäre motorische Stereotypie in der Sprachsphäre. In diesem Falle hängen die Spracherscheinungen nicht im Geringsten von der Vorstellungssphäre ab. Die Verbigeration ist nur ein specieller Fall der Aeus-

serung jener Disharmonie zwischen der Intellect- und Willenssphäre, welche wohl als am meisten charakteristisches Symptom der Dementia praecox erscheint und welche bei dieser Krankheit in einer ganzen Reihe anderer klinischen Erscheinungen sich äussert: katatonischer Stupor, katatonische Erregtheit, «alberne» Handlungen, stereotype Bewegungen und s. w. — Somit liegt die Ursache der Verbigeration in der eigentümlichen Störung der psychomotorischen Sphäre. Alle anderen Hypothesen über die Ursachen dieser Erscheinung («tautologische» Associationen, ungenügende Productivität des Denkens hallnzinatorische Erregung des Muskelgefühls, des Sprachapparates u. d. a.) erweisen sich als unbegründet, denn die Autoren dieser Hypothesen, geleitet vom Wunsche die Verbigeration zu erklären, erklärten wesentlich die verschiedenen Formen der sterotypen Wiederholung von Wörtern, welche sehr häufig bei Geisteskranken beobachtet wird und nur eine äussere Aehnlichkeit mit der Verbigeration hat.

W. Tschisch: «Die Geisteskrankheiten der Prostituierten». (Nr. 12).

Das Material sammelte Verf. aus den grossen Anstalten ganz Russlands. Unter 13854 geisteskranken Frauen fanden sich 43 Prostituierte. Von diesen litten an progressiver Paralyse 16, an Melancholie 2, Manie 3, Amentia 3, secundärer Demenz 2, Dementia praecox 1, Moral insanity 1, Paranoia 1, degenerativem Irresein 1, periodischen Psychosen 4, Epilepsie 1, Hysterie 4, chronischem Alcoholismus 4. Aus der Arbeit des Dr. Ströhmberg über die Prostitution in Dorpat entnimmt Verf., dass unter 1262 Prostituierten 6 an Schwachsinn, 1 an periodischer Manie und 1 an progressiver Paralyse litten. Aus diesen Daten kann man schliessen, dass Prostituiertean Geisteskrankheiten nicht häufiger, sondern vielleicht sogar seltener als andere Frauen erkranken. Im Leben der allermeisten Prostituierten wirken im Laufe vieler Jahre gemeinsam fast alle Ursachen der Geisteskrankheiten ein, aber ein Resultat ihrer Einwirkung giebt es nicht; Syphilis und Alcohol wirken auch auf die Prostituierten ebenso wie auf andre Leute, aber nicht stärker und schlechter, obgleich mit ihnen zugleich fast alle anderen Ursachen wirksam sind. Hätte Verf. ein grösseres Material zur Verfügung, so würde er nicht anstehen zu behaupten, dass Prostituierte seltener als Frauen anderer Professionen geistig erkranken. Die Gegner der Syphilisaetiologie der Paralysis progressiva finden in der seltenen Erkrankung der Prostituierten an ihr ein unerschütterliches Argument. Verf. resümiert: vorläufig gilt, dass Prostituierte überhaupt selten geistig erkranken, dass die allgemeingiltige Lehre über die Ursachen der Geisteskrankheiten völlig zu Unrecht besteht, dass viele Prostituierte als degenerative Subjecte ausgestattet sind mit einer Unverwundbarkeit, einer wunderbaren Widerstandskraft sogar gegen Syphilis und Alcohol.

A. Saizew: «Atmungsstörung bei Hysterie». (Nr. 12).

Krankengeschichte eines 33-jährigen Tataren. Klagen über Schwermut, Oppressionsgefühl in der Herzgegend, meistens nur in Gegenwart des Arztes, äusserlich nicht motiviert und vom Pat. selbst nicht erklärbar, häufige Stimmungsschwankungen, Mangel der Gefühlstiefe bei den Klagen über Schwermut, häufige Incorrespondenz der Mimik und des ganzen Benehmens mit der trostlosen Anschauung seiner Lage, Erklärung der krankhaften Empfindungen (Herzoppression und Atembeschwerden) durch die Beeinflussung des «Schaitan»; linksseitige Hemianästhesie, wechselnd mit Hyperästhesie, Abschwächung oder Fehlen des Schluckreflexes, einmal während des Anfalls leichte klonische Zuckungen und Erscheinungen von Katalepsie, zeitweise auftretende Dyspnoe und Cyanose. Die Atemstörung erwies sich als complicierter inspiratorischer Krampf, der mit beschleunigter Atmung (bis zu 150 in der Min.) und einem tonischen Krampf des Zwerchfells begann, worauf der Krampf auf alle Atmungsmuskeln überging und sich zu einem tonischen Spasmus derselben (bis zu 1½ Minuten Dauer) ausbildete. Der Zwerchfellskrampf begann auf der linken Seite, ging dann auf die andre Seite über, dann wurden die Brust-, hierauf die Hals- und Rückenmuskeln ergriffen und stets zuletzt die Bauchpresse. Solcher Anfälle von Atmungskrämpfen wurden gegen 20 beobachtet, welche stets in derselben Reihenfolge abliefen und nur ihre Intensität wechselten. Sie hingen stets von bestimmten psychischen Momenten ab, liessen sich durch Suggestion beeinflussen und für die Dauer einer Woche unterdrücken. — Als Aetiologie seines Zustandes führte der Pat. die Untreue seiner Frau und die Trennung von ihr an.

Michelson.

Russki Wratsch (Russischer Arzt). 1907. Nr. 44—52.

J. Seldowitsch: «Ueber Vielfältigkeit der Nierenarterien». (Nr. 44—52).

B. Choroshko: «Ueber die Beziehung der Tuberkulose zu den Neurosen und Psychosen». (Nr. 44).

Auf Grund der Beobachtung kommt Ch. zum Schluss, dass man auf die Tuberkulose nicht nur als auf einen schrecklichen Feind der menschlichen Lunge sehen muss, sondern als auf eine der Hauptursachen der nervös-psychischen Erscheinungen. Der Kampf gegen die Tuberculose ist zugleich ein Kampf gegen dieselben.

L. Popelski: «Darmauszug und Darminhalt in physiologischen und chemischen Beziehungen». (Nr. 45).

W. Janowski: «Blutdruck, Grösse und Schnelligkeit des Pulses bei verschiedenen pathologischen Zuständen». (Nr. 45, 46).

J. findet, dass alle Methoden zur Benutzung der sphygmomanometrischen Ergebnisse unvollständig sind. Zur Untersuchung des Blutdruckes ist die von Sahli vorgeschlagene Sphygmobolometrie diejenige, welche die genauesten Resultate giebt.

N. Kakuschin: «Zur Lehre über die Geschwülste des grossen Netzes». (Nr. 45—50).

Bei der 28-jährigen Frau eines Beamten bestand seit 5 Monaten, vordem sie zur Beobachtung gelangte, eine Schwere im Magen und einen Monat vorher bemerkte sie im Leibe links vom Halse eine Geschwulst, welche schnell an Grösse zunahm, darauf aber wieder kleiner wurde. Beim Eintritt ins Hospital war eine deutliche Vergrösserung des Leibes nicht wahrzunehmen, aber auf der linken Seite fühlte man eine längliche Geschwulst durch, die Unebenheiten aufwies, von harter Consistenz war und die Grösse des Kopfes eines Neugeborenen hatte. Dieselbe war ganz unbeweglich, auch bei Atembewegungen nicht verschieblich. Der Percussionsschall war absolut gedämpft.

Auf Grund genauer innerer Untersuchung mussten 2 Möglichkeiten offen gelassen werden, nämlich dass es sich um eine Geschwulst der linken Adnexa oder um eine Geschwulst des Netzes handelte, in diesem wie in jenem Falle aber ausgiebige Verwachsungen bestanden.

Die ausgeführte Laparotomie ergab, dass ein Lymphangiom des Netzes vorlag. Es folgt noch eine genaue makro- und mikroscopische Beschreibung des Falles nebst ausführlicher Literaturangaben.

J. Jakub: «Die Anwendung der geburtshülflichen Zange in der Privatpraxis». (Nr. 45).

J. hat in seiner Privatpraxis im Verlauf von 22 Jahren 327 Mal die Zange angelegt. Diese Fälle sind ein Teil der 1119 Beobachtungen an Gebärenden beim Vorliegen des kindlichen Kopfes. Von diesen 327 waren Beckenausgangszangen 170, in 85 Fällen befand sich der Kopf in der Beckenhöhle, im oberen Teil des Beckens oder zum Teil fixiert im Beckeneingang in 20, Stirnlage 2 Mal, Gesichtslage 2 Mal, Stellung der kleinen Fontanelle nach hinten 48 Mal.

Von allen diesen ist durch die Operation keine einzige von den Müttern gestorben, von den Kindern wurden 321 lebend und 6 todt extrahiert; von letzteren waren 4 schon vorher abgestorben. — Von Dammrissen war ein kompleter zu verzeichnen, wobei allerdings die hintere Scheiden- und vordere Mastdarmwand erhalten war, und Darmrisse zweiten Grades 34 (10,4 pCt.).

W. Oppel: «Zur Kasuistik der tuberkulösen Erkrankung der Niere». (Nr. 46).

Beschreibung eines Falles.

Th. Borodenko: «Zur Frage über die physiologische Wirkung der kaukasischen Mineralwässer der Essentuki-Gruppe». (Nr. 46).

Vorläufige Mitteilung.

M. Tscheboksarow: «Experimentelle Atheromatose der Aorta der Kaninchen und der Einfluss des sog. nichtorganischen Serums Trunecek's». (Nr. 46).

Vorläufige Mitteilung.

M. Laschenko: «Behandlung der Diphtherie mit grossen Dosen Serum». (Nr. 46—52).

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt L. zum Schluss, dass Diphtheriekranken weniger als 2000 E. nicht einzuverleiben sind. Bei frischen und leichten Formen der Mandeldiphtherie bei niedriger Temperatur ist kräftigen Kindern sofort nicht weniger als 3000—4000 E. zu applicieren, welche Dosis zur schnellen Heilung gewöhnlich genügt. Bei der membranösen Form soll man sofort 5000 E. injecieren, unabhängig vom Alter des Kindes, in sehr schweren Fällen soll die Dosis nach 10—20 Stunden wiederholt werden. In verzweifelten und verschleppten Fällen, wo die Krankheit schon 5—7 Tage dauert, sind 6—8—10,000 anzuwenden. Bei hoffnungslosen Kranken sollen nach einer Injection einer grossen Dosis Serum die übrigen nach 5—8 Stunden vorgenommen werden, so dass in den ersten 24 Stunden 20—25000 E. zu injecieren sind. Dabei ist natürlich durch die innere Behandlung energisch durchzuführen.

S. Simnizki und G. Gladin: «Zur Frage über die Eigenschaften des Blutserums Typhuskranker (Immunkörper, Agglutination und Alexine)». (Nr. 47).

Die Methode Bordet-Glagon giebt die Möglichkeit im Blut von Typhuskranken das Auftreten specifischer Immunkörper nachzuweisen; dieselben erscheinen schon in der zweiten Typhuswoche im Blutserum des Kranken und sind unabhängig vom Auftreten der Agglutinine. Die Menge der Alexine nimmt schon in der 2. Hälfte der Krankheit ab. — Die Methode Bordet-Glagon giebt eben solche Stützpunkte für die Diagnosenstellung, wie die Serumreaktion von Gruber-Widal, und zwar fällt sie häufig schon positiv aus in einer Zeit wo letztere noch nicht eintritt.

E. Shebrowski: «Die augenblickliche Strömung in der Behandlung der Lungenschwindsucht». (Nr. 47).

Probelektion.

G. Baradulin: «Einfluss der Schädeltrepanation auf die Stauungspapille bei Gehirngeschwülsten». (Nr. 47).

Bei inoperabelen Geschwülsten des Gehirns ist zur Veringerung des intracraniellen Druckes und folglich auch der Stauungspapille die Trepanation mit Spaltung der harten Hirnhaut indiciert. Die Operation muss möglichst schnell ausgeführt werden, bevor noch starke atrophische Veränderungen im Sehnerven eingetreten sind. Eine Besserung des Sehvermögens ist leider nicht in allen Fällen zu beobachten, was von verschiedenen Gründen abhängig ist (Lage der Geschwulst, rasches Wachstum derselben u. s. w.).

A. Grigorowitsch: «Zur Frage über die Serumdiagnose des menschlichen Blutes zum Unterschiede vom Blut der Tiere bei gerichtlich-medicinischen Untersuchungen». (Nr. 48).

J. Tarchanow und N. Zibulski: «Ueber die normalen Darmgifte». (Nr. 48).

J. Nasarow: «Ueber den Einfluss der Lymphdrüsen auf die Durchgängigkeit der Darmwand für Bakterien». (Nr. 48, 49).

B. Cholzow: «Zur Kasuistik der seltenen Formen der Harnverhaltung. Chronische Kontraktur des Harnblasenhalses». (Nr. 48).

Beschreibung 2 Fälle. Im ersten handelte es sich um einen 45-jährigen Herrn, der seit frühester Jugend an Harnbeschwerden litt und die in den letzten 20 Jahren so zugenommen hatten, dass er nur per Katheter den Harn entleeren konnte. Bei der Operation erwies es sich, dass am Blasenhalse ein kirschgrosses Fibroadenom — wahrscheinlich angeboren — sich befand. Nach der Operation ging es dem Pat. bedeutend besser, so dass er nur ein mal täglich den Restharn per Katheter entleeren musste.
Beim anderen Patienten blieb die Ursache der Verengerung unklar, letztere war nicht narbig, sondern ringförmig, gleichmässig, mit glatter Oberfläche und erinnerte am meisten an die von Faller beschriebene chronische Kontraktur der Gewebe, die den Blasenhals umgeben.

K. Heinrichsen: «Ueber die Behandlung mit der Stauungshyperaemie nach Bier». (Nr. 48—52).

Die hier angeführten 142 Fälle, bei denen die Stauungshyperaemie angewandt wurde, sind wieder ein Beweis für die günstige Wirkung derselben.

Leider ist aber die Einrichtung der chirurgischen Abteilungen der St. Petersburger städtischen Hospitäler, welche überfüllt sind von Kranken bei ungenügendem medicinischen Personal eine so mangelhafte, dass von einer systematischen Anwendung der Stauungshyperaemie in grossem Masstabe nicht die Rede sein kann.

P. Katz: «Sublimatkompressen bei Augenkrankheiten». (Nr. 49).

In 2 Fällen zeigte sich die überaus heilsame Wirkung von Sublimatkompressen (1:5000) bei eitrigen Exsudaten im Auge. Ohne hier das weitere Schicksal der Augen zu berühren, welches im ersten Falle auf unsicheren Nachrichten beruhten, im zweiten aber noch ganz ungewiss waren, bleibt doch dieses Faktum zweifellos, dass unter dem Einfluss der Sublimatkompressen das entzündliche Exsudat in der Tiefe des Auges seinen eitrigen Charakter verlor.

A. Eckert: «Ein Fall von symmetrischen Gangrän Raynaud». (Nr. 49).

Genaue Beschreibung eines Falles, eine 58-jährige Wäscherin betreffend.

W. Trofimow: «Zur Frage über die subcutanen Verletzungen der Nieren». (Nr. 49—51).

Im ersten Falle handelte es sich um ein 13-jähriges Mädchen, welches während des Laufens gefallen und sich eine Ruptur des linken Niere zugezogen hatte, wobei die ersten 24 Stunden die Zeichen dieser schweren Verletzung so wenig deutlich ausgesprochen waren, dass medicinische Hülfe kaum notwendig erschien. Am zweiten Tage traten schwere Erscheinungen von Seiten der Bauchhöhle hinzu und diejenigen von Seiten der Niere in den Hintergrund, so dass der allgemeine schwere Zustand und die ganze Unklarheit des Bildes eine Laparotomie ausschlossen. In den nächsten 6 Tagen gaben schliesslich die 2 mal auftretende Haematurie und Anzeichen einer Infection der verletzten Niere die Indication für Operation, die in der Nephrectomie bestand. — Die Kranke genas.
Die zweite Krankengeschichte betrifft einen 13-jährigen Knaben, der durch einen Fall von der Schaukel eine Nierenruptur erhalten hatte, bei dem das ganze Bild die Verletzung leicht erkennen liess. Das Fehlen von lebensgefährlichen Anfällen und Hoffnung auf Resorption des Blutergusses um die Niere hielten zuerst von einem aktiven Eingreifen ab, doch die am 35. Tage vorgenommene Operation zeigte, dass die Verletzung so schwer war und solche Veränderungen in der Niere hervorgerufen hatte, (Zerreissung der Nierengefässe oder ihre Thrombose?) dass das Organ verloren war.
Darauf folgt eine genaue Zusammenstellung der in Russland veröffentlichten Fälle.

S. Fain: «Der hohe Steinschnitt in der landärztlichen Praxis».

Bericht über 13 Fälle. Besonders interessant sind die Abbildungen eines Oxalatsteines von 68 Gr. Gewicht, der einem 42-jährigen Bauer entfernt wurde. Der Stein ist von einem Wiener Künstler abgezeichnet und vielleicht einzig in seiner Art.

E. Pawlow: «Gedächtnissrede auf N. Pirogow». (Nr. 50).

Th. Rybakow: «Ueber die Rolle der psychiatrischen Analyse bei ärztlicher Verordnung narkotischer Mittel». (Nr. 50).

A. Trojanow: «Zur Kasuistik der vollständigen Entfernung der Vorsteherdrüse nach der suprasymphysären Methode von Freyer». (Nr. 51).

N. Shumilowa-Sieber: «Die Spaltung der Fette durch Lungengewebe». (Nr. 51).

S. Sowinski: «Die Bedeutung des Ducrey'schen Diplobacillus beim weichen Schanker und seine Rolle in der Pathogenese der Bubonen». (Nr. 51 und 52).

Probelection.

F. Schwoger-Lettezki: «Zur Frage über die Pubiotomie». (Nr. 52).

Vorläufige Mitteilung.

Fr. Mühlen.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. №15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 8 u. 9. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1908.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Chirurgija (Chirurgie).
Detskaja Medizina (Kinderheilkunde).
Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i weneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Jeshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei. (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten). Bd. 2, Nr. 5—12.

K. Orleanski: «Ueber die Lymph- und Blutgefässe der Gaumenmandeln und über Blutungen nach operativer Entfernung der Gaumenmandeln». (Nr. 5).

Durch Injektionen in die Gaumenmandeln gelang es Lymphgefässe darzustellen, die netzartig die Arteria carotis comm. und die Vena jugularis interna umgeben. Diese Lymphgefässe führen ausserdem zu den Glandulae cervicales lymphaticae profundae superiores. Ausserdem führen Lymphgefässe zu den Glandulae lymphaticae submaxillares. Nach genauer Beschreibung der Blutgefässe der Mandeln, die zu Blutungen Veranlassung geben können, rät O. die ganze Gaumenmandel nicht mit dem Tonsillotom, sondern mit der kalten oder glühenden Schlinge zu entfernen um eine Verletzung der Gaumenmandelkapsel zu vermeiden. Bei starker Blutung empfiehlt O. als bestes Mittel einen Wattetampon fest auf die Mandelfläche zu drücken und beide Gaumenbögen mittels besonders konstruirter Klemmen aneinanderzudrücken und nach 24 Stunden zu entfernen.

M. Moskalew und N. Trofimow: «Zur Aetiologie und Klinik der Warzenfortsatzeiterungen». (Nr. 5).

Eine bacteriologische Arbeit, die die Bacterien aufzählt, die bei Eiterungen des Warzenfortsatzes gefunden wurden.

A. Slotowerow: «Ueber Correction von Nasendeformitäten mittels Paraffininjectionen». (Nr. 6—7).

Verfasser hat 47 deformierte Nasen mit Injectionen aus hartem und weichem Paraffin erfolgreich behandelt.

T. Gawrilow: «Zur Frage der Häufigkeit der adenoiden Wucherungen, ihrer Beziehung zur Gaumenmandelhypertrophie, zur Schädelform und ihrer Veränderungen mit der Zeit». (Nr. 6).

Die Arbeit ist für ein Referat nicht geeignet.

S. v. Stein: «Sehr verlangsamte Atmung nasalen Ursprungs». (Nr. 7).

11-jähriges Mädchen leidet seit 6 Jahren an anfallsweise auftretenden Atembeschwerden mit sehr verlangsamter Atmung (5 Atemzüge), die zuweilen bis zur Suffocation sich steigern. Die Anfälle hörten vollständig auf nach Entfernung der recht grossen adenoiden Wucherungen und entsprechender Behandlung der Rhinitis hypertrophica.

L. Levin: «Zur Prognose der Schussverletzungen des Gehörorganes. Operative Entfernung der in den tieferen Teilen des Mittelohres sitzenden Kugel mit Erhaltung des Gehöres». (Nr. 8).

Eine vor 2½ Jahren bis zur Labyrinthwand des linken Ohres vorgedrungene Revolverkugel wurde vom Verfasser durch Radicaloperation nach Stacke entfernt. Die Operation nach Stacke war notwendig, weil nach Entfernung der lateralen Attikwand es sich herausstellte, dass die Kugel fest eingekeilt war zwischen Tegmen tympani, Antrum, horizontalem Bogengang und Facialiskanal und der vorderen Wand (A. carotis int.). Nach 2-stündiger mühsamer Arbeit gelang die Entfernung der Kugel. Verfasser verlangt in Uebereinstimmung mit den meisten Ohrenärzten die unbedingte operative Entfernung einer jeden ins Mittelohr gelangten Kugel, da sie zuweilen erst nach Jahren Eiterung und intracranielle Complicationen hervorrufen kann.

N. Popow: «Extraction einer Nasensonde aus dem Kehlkopf». (Nr. 8).

Eine 14 Ctm. lange gerade Nasensonde war einer 22 jährigen Patientin durch den rechten unteren Nasengang in den Kehlkopf geschlüpft und zwischen hinterer Kehlkopfwand und Gewölbe des Nasopharynx so fest eingekeilt, dass die Entfernung mit einer schliessbaren Pincette nur mit grosser Mühe gelang und die Patientin vor dem Erstickungstode rettete.

N. Bjelogolowow: «Otogene Sinusthrombose und Septicopyaemie». (Nr. 8, 9).

Verfasser beschreibt 26 von ihm operierte Fälle von otogener Sinusthrombose und Septicopyaemie, von denen 3 mit Meningitis compliciert waren, 2 reine Meningitisfälle ohne Sinusthrombose. Von 26 operierten Patienten genasen 12, starben 14.

Th. Sassedatelew: «Zur Pathogenese der blutenden Nasenseptumpolypen». (Nr. 9).

Ein blutender Septumpolyp wurde mehrere Monate hindurch mit Chromsäure geätzt. Im Verlaufe dieser Behandlung bildete sich vor dem Polyp allmählig eine Septumperforation, die nach dem Verfasser in Folge des Polypen entstanden sein soll.

L. Lewin: «Ein überzähliger Zahn der Nasenhöhle». (Nr. 9).

Zufällig wurde vom Verfasser bei einer 40-jährigen Patientin am Boden der linken Nasenhöhle 2 Ctm. hinter der Nasenöffnung ein locker sitzender Zahn entdeckt, der mit einer Zange leicht entfernt werden konnte.

I. Sendziak: «Behandlung des Kehlkopfkrebses». (Nr. 9).

Auf Grund von 982 operierten Larynxkrebsen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1) Die operative Behandlung des Larynxkrebses gibt 26% Heilung. 2) Diese Resultate sind in der zweiten Periode (nach 1888) viel bessere als in der ersten. Nach 1888—32,6% Heilung. 3) Oben Gesagtes bezieht sich auch auf Recidive (22%)

und Todesfälle (15%), deren Häufigkeit nach 1888 sich bedeutend verringert hat. 4) Die besten Resultate gibt die Laryngofissur, besonders in der zweiten Periode (50% Heilung), während die partielle Resection 23%, die totale Kehlkopfexstirpation 22% Heilung gibt. 5) Am seltensten kommen Recidive bei totaler Kehlkopfexstirpation vor (16% in der 2-ten Periode), bei Laryngofissur 22%. 6) Todesfälle in Folge der Operation kommen am seltensten bei der Laryngofissur vor (2,5%).

L. Lewin: «Persistenz der Arteria stapedia beim Menschen, die vergleichend-anatomische und phylogenetische Bedeutung dieses Phänomens». (Nr. 10).

Bei der histologischen Untersuchung des rechten Felsenbeines eines an Diphtherie gestorbenen 8 Monate alten Mädchens entdeckte Verfasser eine persistirende Arteria stapedia. Die Arteria stapedia, die in einem frühen Embryonalstadium allen Säugetieren eigentümlich ist, verschwindet beim Menschen schon in der 4—6 Woche.

A. Iwanow: «Zur Therapie der Blutgeschwülste der Nase». (Nr. 10).

Verfasser beschreibt in 2 Fällen von Blutgeschwülsten der Nase (Fibroma cavernosum) seine Manipulationen, durch die es ihm gelungen ist, die Geschwülste ohne bedeutenden Blutverlust zu entfernen. In dem einen Falle mit kalter Schlinge und Konchotom, in dem anderen durch wiederholte Aetzungen der Geschwulst mit Chromsäure und Abtragung der geätzten Stelle mit der kalten Schlinge.

Th. Sassedatelew: «Ueber häufig wiederkehrendes Erysipel der Nase und des Gesichtes».

In dem einen Falle fand Verfasser in der Pars olfactoria der Nase einen kleinen Spalt, der für die feinste Sonde kaum durchgängig war, nach dessen electrischer Verschorfung die Rose nicht mehr wiederkehrte, in dem anderen Falle hörten die häufigen Erkrankungen an Rose auf, nachdem adenoide Wucherungen aus der Nase entfernt worden waren. Verfasser führt die neuen Erkrankungen nicht auf neue Infection, sondern auf zurückbleibende Streptokokken in dem Spalt der Nase und in den Falten der adenoiden Wucherungen zurück.

L. Mekler: «Spina vomeralis und deren klinische Bedeutung». (Nr. 11).

Verfasser schlägt für den Hakenfortsatz des Septums die Bezeichnung Spina vomeralis vor. Die Abhandlung enthält nichts Neues.

M. Litschkus: «Zur Kasuistik der Larynxcysten». (Nr. 11).

Kasuistische Mitteilung über eine erbsengrosse Larynxcyste, die im vorderen Winkel beweglich sass und vom rechten Stimmbande ausging; nach operativer Entfernung hörten die Beschwerden auf.

A. Jochelsohn: «Instrument zur Ausführung der Rhinoscopia posterior». (Nr. 11).

Die Beschreibung des Instrumentes muss im Original nachgelesen werden.

A. Iwanow: «Zur pathologischen Anatomie der angeborenen Taubstummheit». (Nr. 12).

Verfasser hatte Gelegenheit die Felsenbeine eines an linksseitiger otitischer Meningitis eingegangenen taubstummen Patienten histologisch zu untersuchen und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Labyrinthitis acuta sin; 2) beiderseitige Entwickelungshemmung der knöchernen Schneckenkapsel; 3) Collaps des Ductus cochlearis und Sacculus sin.; 4) Haemorrhagien der Stria vascularis sin. 5) Atrophie und Degeneration des Kortischen Organes und der Membran links. 6) beiderseitige Atrophie des Ganglion spirale. 7) Atrophie des rechten Kortischen Organes, der Stria vascularis und Ligamentum spirale. Bei erworbener Taubstummheit ist das Primäre die Affection des Nervus acusticus, bei angeborener — eine Störung der embryonalen Entwickelung; das Endresultat beider Arten Taubstummheit ist die Atrophie des Kortischen Organes.

M. Dodin: «Zur Frage der otogenen Pyaemie». (Nr. 12).

Verfasser beschreibt einen Fall otogener Pyaemie, der nach einfacher Trepanation ohne Eröffnung des Sinus sigmoideus in Heilung überging und glaubt damit den Beweis einer Pyaemie ohne Thrombon des Blutleiters erbracht zu haben. Der Fall ist nicht beweisend.

J. Hoehlein.

Obosrenje psichiatrii, nevrologii i eksperimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. 1907, Nr. 3—12.

A. Juschtschenko: «Ueber die Oxydationsprocesse im Organismus Geisteskranker und die Giftigkeit des Harns bei ihnen». (Nr. 3).

Für den Verf. ist es zweifellos, dass die Psychiatrie nur auf dem Wege biochemischer Untersuchungen von der symptomatologischen Erforschung der Geisteskrankheiten zu einer mehr naturwissenschaftlichen Classification übergehen wird, dass nur dann auch eine activere Therapie derselben ermöglicht wird. Er hat an 4 Gesunden und 17 Geisteskranken seine Untersuchungen ausgeführt und zwar die der Oxydationsprocesse nach der Methode von Nencki und Sieber. Diese beruht auf der Bestimmung, wieviel von einer bestimmten Menge eingeführten Benzols in Phenol oxydiert wird. Der Vergleich der Resultate bei Gesunden und Geisteskranken ergab bei letzteren fast in allen Fällen eine Störung der Oxydationsprocesse. Diese waren herabgesetzt bei den melancholischen Zuständen mit verschiedenen klinischen Eigentümlichkeiten; 3 von solchen Kranken befanden sich im Senium. Erhöht waren die Oxydationsprocesse bei 2 Katatonikern, 2 Paranoikern, 1 degenerativen Psychose, 2 periodischen Psychosen mit melancholischen Eigentümlichkeiten, 3 Fällen progressiver Paralyse. Die starke Erhöhung bei den 2 Paranoikern und dem Degeneranten, welche Fälle Verf. der Dementia paranoides (Kraepelin) zuzählen möchte, so stark wie bei keinem der anderen untersuchten Fälle, weist entsprechend den klinischen Beobachtungen auf den Zusammenhang der Dementia paranoides mit der Katatonie und den Functionsstörungen der Schilddrüse hin. Die Urintoxicität wurde in 6 Fällen festgestellt, doch lassen sich aus diesen Untersuchungen vorläufig keine allgemeineren Schlüsse ziehen, umsomehr als der urotoxische Coefficient bei ein und demselben Kranken grossen Schwankungen unterworfen war.

A. Rachmanow: «Die Neurofibrillen und die chromatophile Substanz in den Nervenzellen». (Nr. 3).

Die Untersuchungen erstreckten sich auf das Rückenmark von Hunden, Kaninchen, Katzen, sowohl das normale, wie das pathologisch veränderte. Letzteres erzielte Verf. durch Strychninvergiftung, durch Ausreissen und Torsion des Nerven und durch künstliche Erhöhung der Temperatur der Tiere im Thermostaten. Verf. zieht folgende Schlüsse: Die chromatophile Substanz und die Neurofibrillen in der Nervenzelle befinden sich in inniger Abhängigkeit von einander. Diese beiden Substanzen sind plastisch und verändern leicht ihre Form und ihre Lage. Die Grösse, Form und Lage der Klümpchen der chromatophilen Substanz entspricht genau dem Aussehen des neurofibrillären Netzes; dies ist das Resultat der Auflagerung der Körner der chromatophilen Substanz auf den Fibrillen. Beim Zusammenballen der chromatophilen Substanz in feste Massen und ihrem Anschwellen dehnt sich das fibrilläre Netz aus und bildet Fibrillenstricke und ein breitmaschiges Netz. Beim Zerfall oder bei Verringerung der Menge der chromatophilen Substanz ist auch in den Teilen der Zelle, welche sie nicht enthalten, das Netz ein regelrechtes, gleichmässiges. Das neurofibrilläre Netz zerfällt, wenn der Kern zerstört wird und die Zelle untergeht.

A. Schtscherbak: «Ueber Veränderungen im Rückenmark der Kaninchen bei intensiver Vibration. Die diagnostische Bedeutung des vibratorischen Clonus. Zur Frage über die Rückenmarkserschütterung». (Nr. 4).

In drei Versuchen überzeugte sich Verf., dass der vibratorische Clonus des Knies eine sog. functionelle Erscheinung darstellt, da er ohne jegliche organische Veränderungen im Rückenmark existieren kann. Ganz anders verhält es sich in den Fällen, wo die locale Vibration keinen Knieclonus ergibt: unter diesen Bedingungen werden stets organische Veränderungen im Rückenmark gefunden, sodass das Fehlen des vibratorischen Clonus als Zeichen einer organischen Läsion des Rückenmarks erscheint. Für den Menschen kann dies Zeichen eine gewisse Bedeutung erhalten bei einigen supracentralen Läsionen, sowie in den Fällen von segmentären Erkrankungen, wenn die tiefen Reflexe, welche dem gegebenen Segment entsprechen, erhalten sind. Charakter und Entstehung der organischen Veränderungen nach intensiver Vibration sind folgende: Störungen der Lymphe und Blutcirculation, necrotische Herde des Nervengewebes, reactive Veränderungen von seiten der Neuroglia, zerstreute Erscheinungen der Zelldegeneration und Aufquellen der Axencylinder. Die Veränderungen fanden sich fast ausschlieslich in der grauen Substanz.

W. Bechterew: «Ueber Schmerzerzeugung bei Neuralgia ischiadica durch Hyperextension der Extremität». (Nr. 4).

Das von Montard-Martin angegebene Phänomen (Auftreten des Schmerzes in der befallenen Extremität bei Beugung

im Hüftgelenk der gesunden Extremität) hat Verf. von grosser Beständigkeit gefunden in Fällen von Ischias mit radiculärem Ursprung und besonders bei ischiadischen Schmerzen in Abhängigkeit von Neubildungsprocessen in dem Gebiete der Cauda equina, wobei in letzterem Falle der Schmerz beim Beugen des gesunden Schenkels in der Tiefe der Sacralgegend auftrat Weiter hat Verf. in Fällen stark ausgesprochener Ischias folgendes Symptom beobachtet: wird in sitzender Stellung das gesunde Bein extendiert, so kann das kranke nicht im geringsten Grade gestreckt werden; wird das kranke Bein zuerst nach Möglichkeit gestreckt, so kann auch das gesunde Bein zusammen mit dem kranken nicht gestreckt werden. Mit der Besserung der Schmerzen verschwand dieses Symptom allmählich; es kann daher als Zeichen für die Schwere der Erkrankung benutzt werden.

W. Ljustritzki: «Zur Lehre über das Musikcentrum». (Nr. 4).

24-jähriger Lehrer und Musiker, potator strenuus, wird in die Bechterew'sche Klinik mit der Diagnose: Thrombosis vasorum cerebri, Hemiparesis dextra, Aphasia, Amusia, aufgenommen. Nach 2³/₄-jähriger Krankheitsdauer Tod im Status epilepticus. Das Hauptinteresse am Hirn ergibt sich aus dem Vergleich der klinischen Erscheinungen der Aphasie und Amusie mit dem Obductionsbefund. Es bestand scharf ausgesprochene sensorische Amusie und es fehlte sensorische Aphasie, oder anders ausgedrückt, Pat. hatte ein schwer geschädigtes Ton- oder Musikcentrum bei völliger Intactheit des Centrums für die Gehörsbilder der Worte, des Wernicke'schen Centrums. Am Hirn fand sich eine Zerstörung der vordern zwei Drittel der ersten linken Temporalwindung in der Insel. Dieser Bezirk ist nach den Untersuchungen von Larisnow und Edgren das Centrum für Musik, und der Bezirk nach hinten und oben d. h. das hintere Drittel der linken ersten Temporalwindung das Wernicke'sche Centrum. Der Verf. glaubt sich berechtigt zu bestätigen, dass das musikalische Centrum die vorderen zwei Drittel der linken ersten Temporalwindung und einen Teil der Insel einnimmt.

W. Anfimow: «Kleine Blutaustritte auf der Oberfläche des Gehirns als beständige Erscheinung bei Epilepsie und ihre Bedeutung». (Nr. 5).

Verf. untersucht die Gehirne von 10 Frauen, die an Epilepsie litten und in der Salpêtrière gestorben waren. Er stellt folgende Thesen auf: 1. In deutlich ausgesprochenen Fällen von essentieller Epilepsie sind kleine Blutergüsse unter die weiche Hirnhaut eine ständige Erscheinung. 2. Diese Blutaustritte haben keine Prädilectionsstelle. Man kann sie auf allen Teilen der Hirnoberfläche unabhängig von deren physiologischer Bedeutung finden. 3. Sie stören die Continuität der äussern Hirnrindenschicht (Tangentialfaserschicht) und werden von Erscheinungen der Sclerose begleitet. 4. Sie unterbrechen die Tangentialfasern im Niveau der Rindenläsionen, wodurch vielleicht die progressiven psychischen Leiden bei Epileptikern erklärt werden. 5. Sie erscheinen nicht als die Ursache, sondern als eine Folge der Epilepsie. 6. Sie können existieren sowohl gleichzeitig mit den Erscheinungen einer chronischen Entzündung, als auch vollkommen selbständig. Die Entzündung erscheint durchaus nicht als notwendige Bedingung für ihr Vorkommen. Eine Tafel mit 4-farbigen Zeichnungen illustriert die Befunde.

N. Krusenstern: «Die Massage der Supraclaviculargruben in ihrer Eigenschaft als Methode zur Lungenauscultation bei Geisteskranken». (Nr. 5).

Die von Boeri (Neapel) angegebene Methode hat Verf. an Geisteskranken, welche auf Aufforderung nicht genügend tief atmen konnten oder wollten, nachgeprüft und sehr bewährt gefunden. Nach der Massage der Supraclaviculargruben sind dem Ohre solche Atemgeräusche hörbar, welche vorher nicht wahrnehmbar waren. Die Technik besteht in Folgendem: man stellt sich vor den Pat., legt die lateralen 4 Finger auf die Suprascapulargegend und vollführt mit eingefettetem Daumen leichte langsame Streichungen vom inneren Rande des M. sternocleido mastoideus nach aussen unter leichter Berührung des oberen Schlüsselbeinrandes. Für gewöhnlich genügen 4—6 Streichungen, manchmal sind 10—12 nötig, eventuell eine Wiederholung, falls die Auscultation länger dauert. Die Wirksamkeit der Massage erklärt sich Verf. folgendermassen: viele Geistes- und Nervenkranke, insbesondere die deprimierten, atmen äusserst oberflächlich, und zwar nach dem oberen costalen oder nervösen Typus, wobei das Diaphragma kaum mitarbeitet. Durch die Streichungen am M. sternocleidomastoideus werden die hinter ihm verlaufenden Nervenstämme, speciell der N. phrenicus, mechanisch gereizt, dadurch das Zwerchfell zu energischer Tätigkeit angeregt und so die Atmung vertieft. Die Methode ist angezeigt nicht nur bei Nerven- und Geisteskranken, sondern bei allen Kranken, die nicht gleichmässig und tief zu atmen verstehen.

M. Astwazaturow: «Ueber die Aeusserung des Negativismus in der Sprache». (Nr. 5).

An der Hand von Krankengeschichten weist Verf. nach, dass die verschiedenen Formen abnormer Antworten bei Geisteskranken (unzutreffende, indirecte, widersprechende, ausweichende) einen allgemeinen characteristischen Zug haben: sie erscheinen als der Ausdruck des unwillkürlichen, aber bewussten Strebens der Kranken, sich dem äusseren Einfluss auf ihren Willen zu entziehen, dieses Streben erscheint als Resultat der «verminderten Beeinflussbarkeit des Willens» (Kraepelin), welche allen Aeusserung des Negativismus zu Grunde liegt. Nach Verf. ist die Ursache des Negativismus nicht in «Anomalien des Muskelgefühls» (Mendel) und nicht in Contrastassociationen zu suchen, sondern in einer tiefen Veränderung der geistigen Persönlichkeit, welche von einer Abstumpfung der emotiven Sphäre abhängt.

L. Blumenau: «Zur Frage über die obere Endigung des Gowers'schen Bündels». (Nr. 6).

An einem Falle von Compressionsmyelitis (VIII und IX Dorsalsegment) hat Verf. die secundären Degenerationen an Marchi-Präparaten studiert. Ein kleiner Teil des Gowers'schen Bündels, etwa ¹/₅ desselben, setzt sich durch das ganze Mittelhirn fort und endigt in der Gegend des Thalamus opticus; dies sind die Fibrae spinothalamicae. Der in den Vierhügeln endigende Teil des Gowers'schen Bündels, die Fibrae spinotectales, ist stärker, als der erstere. Beide Fasersysteme zusammen bilden sicher nicht weniger als die Hälfte des ganzen Bündels. Somit ist für die Leitung der Schmerz- und thermischen Empfindungen in dem Gowers'schen Bündel durchaus nicht die Teilnahme des Kleinhirns nötig, wie dies von mehreren Autoren (Lewandowski, van Gehuchten u. a.) behauptet wird.

W. Bechterew: «Ueber hallucinatorische Erinnerungen». (Nr. 6).

Die hallucinatorische Reproduction früherer, bereits erlebter Vorstellungen, ist keine Seltenheit, wird bei Hysterie, Epilepsie (als Aura) bei chronischem Alcoholismus, bei dem hallucinatorischen Irresein, selbst bei organischer Hirnläsion (Hirnlues) beobachtet. Verf. führt zur Illustration mehrere Krankengeschichten in Kürze an. Als Prototyp dieser pathologischen Erscheinung könne die Reproduction der Wirklichkeit im Traume dienen.

A. Milowidow: «Heilung eines Falles von Zwangsidee durch Suggestion». (Nr. 6).

42-jähriger Bauer wird durch übertriebene Lectüre religiöser Schriften von der Idee der seelischen und körperlichen Unreinheit ergriffen, weiss sich dagegen nur durch fast unausgesetztes Waschen seines Körpers und schliesslich aller mit ihm in Berührung kommenden Gegenstände zu helfen. Erscheint beim Arzt in tiefer Depression und mit völlig macerierter Haut. Heilung durch dreimalige hypnotische Suggestion.

A. Ssobolewski: «Zur Lehre von der Schweissabsonderung» (Nr. 6).

1. Fall. 33-jähriger Soldat erhielt Kopfschuss durch die rechte Schädelhälfte: Parese der linken Gesichtshälfte, Herabsetzung der Sehschärfe des rechten Auges mit einiger Einengung des Gesichtsfeldes desselben ohne Veränderungen am Augenhintergrunde, verstärkte Schweissabsonderung in der linken Gesichtshälfte. Der Fall bekräftigt nach Verf. Meinung die Existenz besonderer Centren für die Schweissabsonderung in der Hirnrinde, und zwar in den entsprechenden Abschnitten der motorischen Sphäre.

2. Fall. 28-jähriger Soldat erlitt Kopfcontusion durch einen Granatsplitter am rechten Parietalhöcker: kurzdauernder Sprachverlust, Muskelschwäche der rechten Hand und gleichmässige verstärkte Schweissabsonderung an der ganzen Körperoberfläche, hauptsächlich im Zusammenhang mit psychischer Beeinflussung. Diagnose: traumatische Neurose.

G. Ssorowikow: «Dionin in der psychiatrischen Praxis». (Nr. 6).

Auf Grund von drei Krankheitsfällen kommt Verf. zum Schluss, dass wir in dem Dionin ein mächtiges Mittel besitzen, welches starke psychische Erregung benimmt, besonders in solchen Fällen sexueller Erregung, welche von der durch nichts zu behebenden Sucht zum Schmieren begleitet werden. Unangenehme Nebenerscheinungen bei der Injection selbst hoher Dosen (0,04—0,05) wurden nicht beobachtet; nur einige Male trat nach der ersten Injection ein acutes aber nach Aussetzen des Mittels schnell schwindendes Lidoedem auf.

E. Rothmann: «Ueber specielle psychische Suggestion bei Behandlung der Impotenz». (Nr. 6).

5 kurze Krankenberichte. Die Thesen der Verf. lauten: 1. Für die Ziele der praktischen Medicin kann man alle Fälle der nervösen Impotenz nach vereinfachtem Schema in zwei grosse Gruppen teilen: schnellvorübergehende und andauernde. 2. Die letztere ist in der grössten Mehrzahl eine functionelle

Neurose. 3. Die specielle psychische Suggestion kommt auf die Aneignung der Physiologie der Geschlechtsfunctionen durch den Kranken heraus. 4. Bei der speciellen psychischen Suggestion müssen durchaus alle gewohnten Methoden der Behandlung der Impotenz angewandt werden. 5. Die Anwendung dieser speciellen Methode kann verschieden sein in Abhängigkeit von der Individualität des Kranken und des Arztes, aber ihr Princip muss unverändert bleiben.

M. Sjukowski: ‹Cheiromegalie bei Syringomyelie›. (Nr. 7).

20-jähriger gesunder Bauer erlitt einen Hufschlag auf das rechte Handgelenk. Nach 3—4 Monaten begann die Dickenzunahme derselben, die dann allmählich auf weitere Teile des rechten Armes überging. Gleichzeitig stellten sich vasomotorische Störungen, Abschwächung und dann Fehlen der tactilen und thermischen Empfindung im rechten Arm und nach zwei Jahren in der rechten Rumpfhälfte ein. Bei der Untersuchung, drei Jahre nach dem Trauma, erwies sich die Grössenzunahme am rechten Arme hauptsächlich am Handgelenk und am Daumen und Mittelfinger ausgeprägt. Nach Verf. Ansicht hat das periphere Trauma den Anstoss zur Syringomyelie gegeben, als deren eines Symptom die trophische Störung des rechten Armes aufzufassen ist. 2 Photo- und 2 Röntgenogramme illustrieren den Befund an den Händen.

W. Ssresnewski: «Hypnose und Wille». (Nr. 7).

Ein Lobhymnus auf die therapeutische Bedeutung der Hypnose.

F. Naumow: «Selbstmorddrang bei einem schwachsinnigen Paranoiker». (Nr. 7).

Alcoholiker, 38 a. n., schwachsinnig, äussert zur Zeit hauptsächlich Grössenwahnideen. Die vergrösserte und druckempfindliche Leber dient als Quelle für quälende und vom Pat. als Machinationen von seiten der Teufel gedeutete Empfindungen im Leibe. Um sich von diesen Qualen zu befreien, seinen Geist von dem gequälten Körper zu trennen, wie Pat. sich ausdrückte, begeht er eine Reihe von 5 Selbstmordversuchen, deren letzter mit besonderer List und Bedachtsamkeit ausgeführt wurde. Er liess den Fuss eines von ihm zum Fallen gebrachten schweren eisernen Bettes auf den Brustkasten aufschlagen, wurde jedoch an der Wiederholung dieses Manövers verhindert. Der einmalige Anprall des Bettfusses gegen den Thorax hatte zur Folge nur eine subcutane Verletzung des linken zweiten Rippenknorpels mit Erscheinungen eines Lungenbruches und nachfolgendem Haematom, von welcher Verletzung Pat. sich nach $1^1/_2$ Wochen vollkommen erholte.

S. Baraschko: «Die Grundlagen der Erziehung in den Correctionserziehungscolonien». (Nr. 7).

Erörterung allgemein anerkannter erzieherischer Principien.

A. Wladimirski: ‹Ein Fall von Paranoia auf dem Kriegsschauplatze›. (Nr. 8).

Zur Illustrierung der religiös-mystischen Stimmung, welche hauptsächlich aus höheren Sphären in die Reihen der russischen Soldaten während des letzten Krieges getragen wurde, gibt Verf. die Autobiographie eines Freiwilligen in jenem Feldzuge. Sie beweist, wie der Wahn eines Geisteskranken den Gang der Ereignisse beeinflussen kann, und wie weit Wahnideen sich einem Milieu einimpfen können, falls nur der Inhalt des Wahnes mit der Hauptströmung in den herrschenden Sphären harmoniert. Der 62-jährige Patient litt an systematisiertem Wahn, Hallucinationen, zeigte ausserdem ausgesprochen hysterische Organisation, die sich in grosser Suggestibilität äusserte. Der Patient wurde als eine Art Jungfrau von Orleans von seinem Vorgesetzten aus Einfalt oder Berechnung den Soldaten gegenüber hingestellt, verfehlte jedoch mit seinen religiös-patriotischen Ideen jegliche Wirkung auf sie.

S. Pawlowskaja: «Ein besonderer Typus der primären Verrücktheit». (Nr. 8).

Eine Krankengeschichte, welche beweisen soll, dass es eine Paranoia mit nicht objectiviertem Wahn gibt, bei welcher das Bild und die Entwickelung der Krankheit ebenso sich gestalten, wie bei der typischen Paranoia, nur dass die Kranken die Subjectivität ihres Wahnes anerkennen, nicht an seine Realität glauben.

S. Jaroschewski: «Weisser Dermographismus als frühes objectives Zeichen der traumatischen Neurose». (Nr. 8).

In Nr. 8 des Jahrgangs 1906 dieser Zeitschrift hatte Verf. seine erste diesbezügliche Beobachtung veröffentlicht. Hier gibt er einen weiteren Fall, der den Wert und das Vorkommen des genannten Symptoms bestätigt.

S. Jaroschewski: «Weisse Dermographie bei traumatischer Neurose». (Nr. 8).

Dritte einschlägige Beobachtung.

P. Tutjuschkin: «Pirogow als Psycholog». (Nr. 8).

Festrede in der Bessarabischen Naturforschergesellschaft. Verf. behauptet, dass Pirogow in seinen psychologischen Anschauungen seinen Zeitgenossen bedeutend vorausgeeilt war und dass dieselben mit den Tatsachen der neusten physiologischen und experimentellen Psychologie zusammenfallen.

A. M. Saizew: «Eigentümliche Gehstörung bei einem an Hysterie leidenden Kranken». (Nr. 8).

Patient, 19 Jahre alt, kann in Gegenwart anderer Personen nur mit Mühe vorwärtsgehen und macht, infolge von Globusgefühl und Dyspnoe, sowie der Angst, umzufallen oder zu sterben, ebensoviele Schritte rückwärts, als er vorwärts gegangen war, worauf sofort Erleichterung eintritt und die Angst vergeht.

W. Bechterew: ‹Die objective Untersuchung der neuropsychischen Tätigkeit». (Nr. 9).

Wiedergabe der Rede des Verfassers auf dem internationalen Congress für Psychiatrie, Neurologie und öffentliche Irrenpflege am 4. Sept. 1907. Ist in den deutschen Congressberichten bereits veröffentlicht.

J. Subow: ‹Die pathologische Anatomie bei der ‹Wirbelsäulesteifigkeit› (Morbus Bechterewi)». (Nr. 9).

Das Resümé des Verf. lautet: Die Veränderungen der Zwischenwirbelknorpel bei der Wirbelsäulesteifigkeit bestehen in Atrophie des faserigen und knorpeligen Teiles derselben, welche bedingt ist durch eine andauernde Druckwirkung. Das Fehlen von Deformierung der Knorpel und eines ossificierenden Processes, eines gleichzeitigen hyperplastischen Processes, gibt uns nicht das Recht in der Knorpelerkrankung der «versteiften» Wirbelsäule eine Erscheinung der Arthritis deformans oder der Marie'schen Krankheit zu sehen, falls man letztere von der Arthritis deformans unterscheiden will. Die Untersuchung des Bandapparates und der Gelenke gab völlig negative Resultate: weder ein ossificierender Process, noch eine Beweglichkeitseinschränkung, noch irgend welche andere Veränderungen wurden gefunden.

S. Pawlowskaja: ‹Einige Fälle von geistiger Erkrankung unter dem Einfluss socialer Ereignisse». (Nr. 9).

Zehn kurze Krankengeschichten zu Nr. 6 des Jahrgangs 1906 hatte Verf. bereits 2 entsprechende Krankengeschichten veröffentlicht. Aus diesem Material zieht Verf. folgende Schlüsse: 1) Geisteskrankheit infolge socialer Geschehnisse entwickelt sich bei Personen mit pathologischer Erblichkeit. 2) Die Krankheitsformen sind die gewöhnlichen, vorzugsweise hysterische Psychosen und hallucinatorische Paranoia. 3) Derartige Kranke trennen sich in 2 Gruppen: solche, die activ an den Ereignissen teilgenommen haben, und solche, die sich passiv zu ihnen verhielten und zufällig in Mitleidenschaft gezogen wurden. 4) Der Ausgang der Krankheit in der ersten Gruppe ist günstiger, als in der zweiten. 5) Bei 6 von den 12 weiblichen Kranken spielte das erotische Moment eine Rolle in aetiologischer und symptomatologischer Hinsicht, und zwar nur bei den Kranken der ersten Gruppe.

W. Choroschko: ‹Zur Differentialdiagnose der klinischen Form Prof. Koshewnikow's der Polyclonia epileptoides continua». (Nr. 10).

3 Krankengeschichten. Die typischen Züge dieser Krankheitsform sind: der klonische Charakter der beständigen Contractionen, ihr Beginn von irgend einem bestimmten Territorium, ihre allmähliche Verbreitung auf benachbarte Territorien derselben Seite; die beständige Teilnahme ein und derselben Muskeln oder Muskelgruppen, solange nicht neue Muskeln von den Zuckungen ergriffen sind; die Neigung, bestimmt und gleichartig arbeitende Muskeln (Flexoren, Extensoren) in die beständigen Zuckungen einzubeziehen. Ueberhaupt ist für die Hyperkinese bei Polyclonia epilept. cont. der Conservatismus und die sehr langsame Evolution des im gegebenen Zeitmoment beobachteten Bildes der beständigen Muskelzuckungen charakteristisch. Umgekehrt, wenn die beständigen Zuckungen Neigung haben zu variieren, sowohl in Stärke und Rhythmus, wie auch in ihrer Localisation in verschiedenen Muskeln und sogar Muskelbündeln, wenn sie auftreten auf der einen, wie der anderen Seite, wenn sie sich ohne besondere Ordnung entwickeln und verteilen und überhaupt in allem durch ihre Ungeordnetheit charakterisieren, so ist genügend Grund vorhanden zur Annahme, dass man es wahrscheinlich mit einer anderen Form der beständigen Hyperkinese zu tun hat, welche verwandt ist mit der Koshewnikow'schen, wie Myoclonus-epilepsia (Myoklonie Typus Unverricht's), Epilepsia choreica, und a. oder völlig von ihr unterschieden, wie z. B. die Hysterie.

W, Bechterew: «Die objective Untersuchung der Geisteskranken». (Nr. 10, 11, 12).

Sehr umständliche Darlegung des Ganges der Untersuchung mit Hilfe aller moderner Methoden, wie sie namentlich von

der experimentellen Psychologie geliefert werden. Die subjectiven Momente beim Untersuchten und Untersuchenden sollen auf diesem Wege möglichst ausgeschaltet werden.

P. Ostankow: «Das ärztliche Gefüge der psychiatrischen Krankenhäuser». (Nr. 10).

Verf. empfiehlt eine Reform, die auf dem collegialen Princip beruht. Es sollen 3 Stufen bestehen: 1) Die Assistenzärzte, welche eben erst die Psychiatrie zu ihrer Specialität erwählt haben, im Collegium mit dem Recht beratender Stimme sitzen. Sie verbleiben nicht länger als drei Jahre in dieser Stellung. 2) Die Krankenhausärzte, welche selbstständig die Abteilungen verwalten, sowohl in medicinischer als in wirtschaftlicher Hinsicht. 3) Das Collegium der Aerzte, welche das Krankenhaus verwaltet und sein executives Organ — der Arzt, welcher als Repräsentant des Krankenhauses functioniert. (In grossen Krankenhäusern kann der Repräsentant für die Zeit der Ausübung seiner Functionen eine Abteilung nicht leiten wegen der Compliciertheit der Beziehungen und der Menge von Kanzeleiarbeit). — In materieller Beziehung müssen die Aerzte nach dem Dienstalter entschädigt werden. Das anfängliche Gehalt von 2500 Rbl. bei freier Station soll alle 2 Jahre um 300 Rbl. erhöht werden, nach 20 Jahren alle 5 Jahre um 500 Rbl.

A. Schtscherbak und M. J. Kaplan: «Ueber die Bedeutung der Halsrippen in der Aetiologie der Neuralgie und Neuritis des Plexus brachialis. Fall von Pseudohalsrippe. Zur Frage über die Entstehung der localen hysterischen Muskelatrophie». (Nr. 11).

In der Mehrzahl der Fälle von Halsrippen bewirken diese gar keine krankhaften Erscheinungen. Ihr Nachweis kann diagnostische Irrtümer veranlassen, namentlich eine Neubildung des Halsteiles des Rückenmarks, eine Syringomyelie, multiple Sklerose, einen mit Hysterie combinierten organischen, aber nicht durch Druck der gefundenen Halsrippen verursachten, Process übersehen lassen. Dies illustriert der Fall der Verfasser in schönster Weise: 25-jährige Patientin mit schwerer neuropathischer Belastung litt von 12—14. Lebensjahre an hysterischen Erscheinungen. Im 22. Lebensjahre überstand sie einen Abdominaltyphus, unmittelbar nach welchem Ameisenlaufen in den Fingern der rechten Hand, stark stechende und reissende Schmerzen in der ganzen rechten oberen Extremität von der Schulter abwärts, Schwäche der rechten Hand, und nach zwei Wochen bereits Atrophie der rechten Handmuskeln auftraten. Alle Behandlung half nichts, bis man im Röntgenogramm eine Halsrippe zu entdecken glaubte, welche trotz Abratens von Schtscherbak operiert wurde. Der unmittelbare Effect der Operation war das Schwinden der Schmerzen, dafür traten aber motorische Defecte ein: der Arm konnte nicht bis zur Horizontalen erhoben werden, das Schulterblatt nahm bei jeder Armbewegung Flügelstellung ein. Nach einem halben Jahre waren diese Erscheinungen geschwunden und Patientin kehrte völlig gesund nach Hause zurück. Nach weiteren dreiviertel Jahren jedoch begannen nach einer Erkältung und psychischen Erregungen von Neuem das Ameisenlaufen, die Vertaubung ganz wie vor der Operation, Schmerzen in der rechten Supraclaviculargrube, ausstrahlend in die Schulter und rechte Brusthälfte, Schwäche der rechten Hand. Von der vorgeschlagenen nochmaligen Operation wollte Patientin diesmal nichts wissen und begab sich in die Behandlung der Verfasser. Diese kamen zur Diagnose, dass einerseits eine organische Affection als posttyphöse Neuritis, andrerseits eine schwere Hysterie vorlag, welche im klinischen Bilde durchaus im Vordergrunde stand, wobei die hysterischen Erscheinungen (die Schmerzen, Hyperalgesie, Hypaesthese, Anästhesie, eigentümliche Muskelzuckungen, Zittern, diffuse Parese der rechten oberen Extremität) sich im Gebiete der vorausgesetzten Neuritis localisierten, während der organische Process selbst gleichsam in den Hintergrund trat. Dieser äusserte sich als Rest einer überstandenen Neuritis in Spuren einer Atrophie, leichte Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, geringe Herabsetzung der tiefen Reflexe von seiten der Mm. biceps und triceps brachii. Schon nach drei hypnotischen Sitzungen trat deutliche Besserung ein, nach 10 Sitzungen waren alle localen hysterischen Erscheinungen geschwunden, das Allgemeinbefinden war ein vorzügliches, und unter Arseninjectionen und Galvanisation trat überraschend schnelle Abnahme der Atrophie der kleinen Handmuskeln ein. Der Fall zwingt zur Annahme einer localen hysterischen Atrophie gemischten Ursprungs (hystero-neuritischen). Die Zuckungen in den atrophischen Muskeln des Thenar waren ein suggeriertes Symptom und können als hysterische pseudofasciculäre bezeichnet werden.

M. Astwazaturow: «Ueber reflectorische Erscheinungen in der Sprachsphäre». (Nr. 12).

Durch Analyse der transcorticalen Aphasie, der Echolalie bei Geisteskranken, des Zwangsredens derselben, der reflectorischen Sprache im engeren Sinne, des Reihensprechens will Verfasser beweisen, dass unter den Sprachreactionen des Menschen es viele giebt, welche nur vom Gesichtspunkte ihrer Abhängigkeit von der früheren individuellen Gewöhnung verstanden werden können. Die Sprache selbst als neuropsychischer Act ist das Resultat der früheren Uebung. Die Erlernung der Sprache stellt sich als nichts anderes dar, denn als Herstellung einer associativen Verbindung zwischen einem bestimmten Begriff und seinem entsprechenden Wortsymbol, und in diesem Sinne hat Kussmaul schon längst das Wort als «erlernten Reflex» bezeichnet. Jedoch für die objective Erforschung der Sprachfunction haben jene ihre Aeusserungen eine viel grössere Bedeutung, welche zur Gruppe Psychoreflexe gehören und dadurch charakterisiert sind, dass bei ihnen das Wort nicht als Symbol eines bestimmten Begriffes, sondern als einer von den Gliedern einer associierten Gruppe von Spuren produciert wird.

Michelson.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. (Journal für Geburtshilfe und Gynaekologie). Nr. 5—9, 1908.

W. Oppel: «Ueber Darmchirurgie in der Gynaekologie». (Nr. 5 u. 6).

O. macht auf die Schwierigkeit der Diagnose zwischen Salpingitis dextra und Appendicitis aufmerksam und führt einen Fall an, bei dem ein appendicitischer Abscess sich in einen Saktosalpinx eröffnet hat. Bei oberflächlichen Laesionen der Darmserosa gibt O. den Rat ein der Laesion entsprechendes Stück aus dem Omentum auszuschneiden und dieses mit der Darmwand zu vernähen. Wenn die Resection eines Teiles des Darmrohrs notwendig ist, so empfiehlt O. mehr die seitliche Anastomose. Alsdann bespricht Verf. die verschiedenen Fisteln, Darmfisteln, Blasen-Darmfisteln und die operative Behandlung derselben.

W. Orlow: «Colpoovariotomie während der Schwangerschaft». (Nr. 5 u. 6).

O. führt zwei Krankengeschichten an. Es handelte sich in beiden Fällen um cystische Geschwülste, das eine Mal um ein Kystom, das andere um ein Dermoid. In beiden Fällen bestand eine dreimonatliche Schwangerschaft. Die Geschwülste wurden per colpotomiam posteriorem entfernt, die Schwangerschaft ging weiter.

F. Weber: «Appendicitis und Schwangerschaft». (Nr. 5 u. 6)

Man kann annehmen, dass bei einer Appendicitis simplex die venöse Hyperaemie während der Schwangerschaft günstig einwirkt, andererseits sind Recidive nach der Geburt nicht ausgeschlossen. Wenn es sich um ein incapsuliertes Exsudat um den Appendix handelt, so kann sich während der Gravidität durch Zerrung eine allgemeine Peritonitis einstellen. Wird auch die Gravidität überstanden, so können die Geburtswehen und die schnelle Contraction der Gebärmutter zu schweren Complicationen führen. Die Appendicitis ist von grossem Einfluss auf den Verlauf der Schwangerschaft. Bei der Endoappendicitis, auch gelegentlich bei eitriger Appendicitis mit gut abgekapseltem, nicht grossem Exsudat kann die Gravidität zum Termin ausgetragen werden. Gewöhnlich sind aber festere Verwachsungen ein Hinderniss für das Wachstum der Gebärmutter oder aber die Entzündungserscheinungen gehen vom Appendix auf die Genitalorgane über, in seltenen Fällen bilden sich auf metastitischem Wege in der Uteruswand oder der Placenta Eiterherde. In diesen Fällen kommt es zum Abort. W. führt 6 Fälle an, die er beobachtet hat.

A. Bortkewitsch: «Hebosteotomie». (Nr. 5 u. 6).

Primipara, allgemein verengtes rhachitisches Becken, Conjug 7—7½ Ctm., I Schädellage, nach längerer Geburtsdauer Temperatur 38,5, Puls 130, Contractionsring, Muttermund auf 2½ Finger, Meconium, daher Hebosteotomie nach Tandler, nachdem der Muttermund nach Bossi dilatiert war. Die Knochendiastase betrug 3 Ctm., während der Zangenextraction 10 Ctm., seitlicher Scheidenriss, subfebrile Temperatur wegen eines sich nach 6 Wochen ablösenden Sequesters. Aufstehen am 59. Tag. Kind asphyktisch, belebt, starb am 9. Tag. Zweiter Fall: wegen Temperaturerhöhung und Abgang von Meconium Hebosteotomie nach Tandler, keine Nebenverletzung, prima intentio, normale Temperatur, am 23. Tage aufgestanden. Kind asphyktisch, belebt, starb nach 3 Tagen an Pneumonie. Dritter Fall: Erstgebärende, enges Becken, Hebosteotomie wie oben, keine Blutung, Mutter starb ½ Stunde nach der Operation, wahrscheinlich an Chloroform. Kind asphyktisch, belebt. Der vierte Fall verlief mit Temperatursteigerung (Endometritis).

K. Ssagatelow: «Unterbrechung der Schwangerschaft durch den electrischen Strom». (Nr. 5 u. 6).

Verf. führt die bipolare Electrode Apostoli's bis zu einer angegebenen Marke ein, tamponiert die Scheide und lässt den Strom 10—20 Minuten wirken, täglich ein oder mehrere Mal, danach steht Pat. auf. In 8 Fällen ist diese Methode ausgeführt worden: in 2 Malen im Interesse des Kindes, in 6 Malen im Interesse der Mutter, 1—6 Seancen waren nötig und der electrische Strom war 60—150 M. A. stark, nach der dritten Seance begannen gewöhnlich die Wehen. Gravidität lag vor vom 4.—10. Monat. In 2 Fällen waren die Wehen so schwach, dass man den Colpeurynther einführen musste, wobei die Geburt ein Mal spontan war, ein Mal mit der Zange beendigt wurde. Ein Mal lag Placenta praevia vor, hier wurde Craniotomie gemacht. Das Wochenbett verlief in einem Fall fieberhaft.

W. Baldowski: «Gutartige fibröse Tumoren des Eierstocks». (Nr. 5 u. 6).

33-jährige Pat., unbewegliche harte Geschwulst, 3 Finger unter dem Nabel. Laparotomie, Entfernung des Uterus der veränderten Adnexa rechterseits und des vom linken Ovarium ausgehenden Tumors, Genesung. Bei der microscopischen Untersuchung fand man Muskelfasern und Bindegewebe, der Tumor war ein Fibromyom.

M. Kalmjikow: «Zwei Fälle von Sectio caesarea». (Nr. 5 u. 6).

In einem Fall wurde der Kaiserschnitt bei einer Eclamptischen mit 39,0 gemacht, Pat. starb an Lungenoedem. Das Kind lebte. Im zweiten Fall lag enges Becken vor, Mutter und Kind gesund.

H. Thomson: «Schussverletzung der schwangeren Gebärmutter, des Kindes und der Därme». (Nr. 7 u. 8).

Pat., im letzten Schwangerschaftsmonat, bekam einen Schuss in die linke Bauchgegend. Sofort Operation, Schnitt durch den linken M. rectus, wenig Blut in der Bauchhöhle, der Körper des Kindes zwischen den Därmen, der Kopf in der Gebärmutter, Kind abgestorben. Amputation der verletzten Gebärmutter, Resection von 20 Ctm. Dünndarm, wo sich neben einander zwei Schusswunden fanden, eine andere wurde vernäht. Exitus am dritten Tage an fibrinöser Peritonitis.

J. Wygodski: «Zur Aetiologie der Hyperemesis gravidarum». (Nr. 7 u. 8).

W. bespricht die bekannten Hypothesen und führt einen Fall an, bei dem die Hyperemesis bei ein und derselben Pat. in zwei Malen ein ganz verschiedenes Bild gaben. Das erste Mal bestand heftiges Erbrechen ohne Anzeichen einer Intoxication, das zweite Mal bestand das Bild einer schweren Vergiftung, beide Male wurde der künstliche Abort eingeleitet, doch starb Pat.

K. Ulesko-Stroganowa: «Die Verbreitung des decidualen Gewebes im Genitalapparat des Weibes». (Nr. 7 u. 8).

In der Schleimhaut der Tube ist nicht immer während der Gravidität Decidualgewebe nachweisbar, manches Mal findet sich dieses auch im Ovarialgewebe vor. Verf. berichtet über die Structur des Decidualgewebes die verschiedenen Färbemethoden, das Vorkommen der mononuclearen Zellen und den Glykogengehalt.

L. Kriwski: «Ueber den wiederholten Kaiserschnitt». (Nr. 7 u. 8).

Wegen engen Beckens wurde zwei Mal an ein und derselben Pat. der Kaiserschnitt ausgeführt.

Th. Prawossud: «Zwei Fälle von Hemicephalie». (Nr. 7 u 8).

M. Kleinmann: «Zur Casuistik der Cysten der Genitalsphäre embryonalen Ursprungs». (Nr. 7 u. 8).

Bei einer 45-jährigen Frau fand K. einen cystischen Tumor. Bei der Laparotomie erwies es sich, dass dieser von der linken Uteruskante ausging. Die Adnexa waren beiderseits normal. K. nimmt an, dass sich die Cyste aus dem Wolff'schen Körper entwickelt hat.

H. Thomson: «Ueber die Wirkung des Secacornins». (Nr. 9).

Th. hat Secacornin angewandt bei Menorrhagien und Blutungen ohne deutliche anatomische Veränderungen, im Climacterium, bei Myomen, nach Auskratzungen und im Wochenbett. Th. ist mit dem Mittel sehr zufrieden.

G. Brjuno: «Bericht über die im Frühlingssemester 1908 ausgeführten Laparotomien in Kiew». (Nr. 9).

Bericht über 35 Fälle.

K. Ssagatelow: «Missed abortion». (Nr. 9).

9 Krankengeschichten.

W. Platonow: «Colpocoeliotomia posterior bei extrauteriner Gravidität.» (Nr. 9).

P. hält die Colpocoeliotomie für die passendste Operationsmethode bei der Extrauteringravidität in der ersten Hälfte und führt 21 Fälle an.

J. Krawtschenko: «Ueber Fremdkörper in der weiblichen Blase». (Nr. 9).

K. extrahierte durch die Urethra eine in die Blase geratene Haarnadel bei einem 15-jährigen Mädchen.

Lingen.

Westnik Oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie). Juli—August 1908.

S. Otschapowski: «Ueber lepröse Erkrankungen der Augen».

O. berichtet über die in der «Alexanderkolonie» (Kaukasus 98 Werst von Pjatigorsk) verpflegten Aussätzigen. Von 26 Pa. tienten waren behaftet mit Lepra tuberosa 17, Lepra mixta 6, Lepra maculo-nervosa anaesthetica 3. Von 21 — Lepra tuberosa et mixta — wird eine kurze Krankengeschichte mitgeteilt. — Nur fünf der Asylbewohner hatten gesunde Augen.

K. Orlow: «Echinococcus im oberen Lide».

Die Besonderheit dieses Falles ist seine alveoläre, einkammerige Form, die sonst wohl nur in der Leber und im Glaskörper des Auges beobachtet wird.

W. Baratz: «Zur Technik, wie der Astigmatismus schnell sicher und bequem bestimmt werden soll».

Die Mitteilung und das empfohlene Gestell bieten im Wesentlichen wohl nichts Neues.

P. Botschkowski: «Das Trachom, soweit es in Russland Erblindung veranlasst».

Material zur geographischen Verbreitung und zur Statistik. Ein zuverlässiges Bild bietet die Arbeit gewiss nicht, weil die benutzten Angaben eines Teiles unvollständig, zum anderen Teil nicht genügend zuverlässig sind. In Ermangelung anderer Angaben verdient die Arbeit Beachtung. Etwa ein Viertel aller in Russland lebenden unheilbaren Blinden ist durch Trachom erblindet.

M. Issupow: «Ein Fall von traumatischem pulsierendem Exophthalmus».

Unzweifelhaft hat eine Basisfractur die Veranlassung zur Bildung eines Aneurysmas gegeben.

A. Natanson: «Ein Fall von Abscess unter der Bindehaut des Augapfel's».

Nach den Aussagen der intelligenten Mutter hatte sich die stark bohnengrosse Geschwulst ohne jede Veranlassung im Laufe der letzten 10 Tage gebildet. Rhachitisches 7 jähriges Mädchen. Die Geschwulst sitzt innen etwa 3 Mm. weit vom Hornhautrande. Heisse Compressen erweichten die Geschwulst, und ein Stich förderte Eiter, der Staphylococcen enthielt, zu Tage.

W. Odinzow: «Bericht über die 34. Versammlung der Augenärzte zu Heidelberg. August 1907».

G—n.

Wratschebnaja Gaseta. (Aerzte-Zeitung). Nr. 11—42.

N. Michailow: «Cyste der Vesicula prostatica, zugleich ein Beitrag zur Frage der Urethralcysten». (Nr. 11).

Sehr nervöser Student von 23 Jahren klagt über häufigen Harndrang und starke Schmerzen beim Coitus und Pollutionen seit jeher. Bei der Urethroskopie fand sich eine cystenförmige Erweiterung der Vesicula prost. Lues, Tripper etc. werden geleugnet. Eröffnung der Cyste im Urethroskop, microscopische Untersuchung eines excidierten kleinen Stückes.

J. Schwartzmann: «Ueber den Einfluss medicamentärer Mittel auf das Blutserum». (Nr. 11).

Vorläufige Mitteilung.

F. Heptner: «Ueber Kleinhirngeschwülste im Kindesalter». (Nr. 11).

Sarkom des Kleinhirns bei einem 6-jährigen Mädchen. Die Symptome waren: Kopfschmerzen, Erbrechen, spastische Paraplegie der unteren Glieder, Stauungspapille, bei Percussion des Kopfes deutlich bruit de pot felé, Pupillen erweitert, reagieren schwach auf Licht. Das Kind konnte nicht einmal seinen Kopf aufrecht halten, Sensibilität erhalten. Die Obduction bestätigte die Diagnose Tumor cerebelli.

M. Arinkin: «Ueber den Einfluss einiger anorganischer und organischer Säuren auf die Autolyse der Leber». (Nr. 9, 10, 11).

Der Autor kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Organische und anorganische Säuren vermehren die Autolyse der Leber, 2) die autolytische Wirkung der Säuren wächst direkt mit ihrer Concentration bis zu einem bestimmten Maximum. 3) einige Säuren wirken stärker wie andere. 4) je concentrierter die Säure, desto stärker der Zerfall der Eiweissmoleküle. 5) die Säuren wirken auf die Hydrolyse der Leber ohne Beeinflussung derselben in quantitativer oder qualitativer Weise. 6) im ersten Stadium der Einwirkung der Säuren ist die Autolyse am stärksten. 7) aus der verschiedenen Wirkung der Säuren auf Eiweiss und Nukleinsäure (Verminderung der Purinbasen) kann man den Schluss ziehen, dass die Nucleasa und Proteasa verschiedene Fermente sind, was bereits von Fritz Sachs für die Pancreasdrüse bewiesen worden ist.

A. Spindler: ‹Ueber die Diagnose der Tuberculose vermittelst der Ophtalmoreaction von Calmette›. (Nr. 12).

Bei 57 tuberculösen Kindern fiel die Probe in 53 Fällen positiv aus, bei 11 Erwachsenen 5 mal positiv, 6 mal negativ, doch waren viele von den erwachsenen Kranken zweifelhafte Tuberculöse.

A. Schtscherbak: ‹Ueber den Einfluss regelmässiger localer Vibration und Faradisation auf die Ermüdbarkeit der Muskeln›. (Nr. 12 und 13).

Unter dem Einfluss systematischer Vibration und Faradisation steigt die Arbeitsfähigkeit und Ernährung paretischer und atrophischer Muskeln ebenso wie nach Massage. Letztere vermag auch ermüdete Muskeln wieder rascher arbeitsfähig zu machen, während Vibration und Faradisation hierbei versagt. Dagegen stimuliert sie die Muskeln, stärkt sie im Allgemeinen und ähnelt hiermit vielmehr der activen Gymnastik. Die besten therapeutischen Resultate erreicht man mit häufigen, aber kurze Zeit dauernden und schwachen Vibrationen, Faradisation ist weniger wirksam.

J. Violin: «Zur Casuistik der sexuellen Perversionen». (Nr. 13).

Beschreibung von 9 interessanten Fällen sexueller Psychopathie, die manche neue Züge bieten.

G. Kulescha: ‹Ein Fall von asiatischer Cholera in St. Petersburg während der Epidemie des Jahres 1907». (Nr. 13).

Am 4. November 1907 wurde ein 27-jähriger Arbeiter ins Hospital aufgenommen mit Anzeichen starker Gastro-Enteritis, die bald den Charakter einer acuten Septicaemie annahm, der der Kranke am 1. Dezember erlag. Bei der Obduction fand sich neben Gastro-Enteritis, eitrige Cholangitis, Endocarditis, Peritonitis perforativa stercoral., Infarcte etc. Die bacteriologische Untersuchung ergab als Ursache Cholerabacillen. Der Fall blieb in Petersburg der einzige, verdächtige Fälle wurden mehrfach beobachtet. Der Eintritt der Kälte verhinderte wohl das Auftreten einer Epidemie, wie sie den Sommer über an der unteren Wolga geherrscht hat.

S. Slatogorow: ‹Ueber die Cholera im Gouvernement Saratow im Jahre 1907›. (Nr. 12 und 13).

S. weist auf das systemlose Vorgehen beim Kampf gegen die Cholera hin, die antisanitären Zustände in Saratow und Zarizyn und die Bedeutung der Wasserläufe und des Wassers bei der Verbreitung und schliesslich eine Hauptursache, die Unbildung, das niedrige Culturniveau der städtischen und ländlichen Bevölkerung des Gouvernements.

J. Nikitin: ‹Ueber atypische Formen des Abdominaltyphus». (Nr. 14).

N. unterscheidet 3 Formen atypischen Verlaufes. Erstens: im Vordergrunde stehen im Anfang Lungenerscheinungen, wie bei Influenza; zweitens: im Vordergrunde stehen Erscheinunge (von Seiten des Magens; drittens: paradoxale Temperatur-Curven. ‹Die Einteilung scheint wenig stichhaltig, denn absolut ‹typische› Fälle sind überhaupt äusserst selten.

A. Kuzew: ‹Ein Fall von gleichzeitiger Erkrankung an Masern und Abdominaltyphus›. (Nr, 14).

Der Kranke, ein 6 jähriger Knabe, erkrankte zuerst an Masern, 2 Tage nach Abblassen des Masernexanthems zeigte sich die Roseola thyphosa. Die beiden Krankheiten wirkten nicht ungünstig aufeinander ein, Ausgang günstig, Krankheitsdauer normal.

P. Braslawski: ‹Ueber die Heredität bei der Aetiologie der Appendicitis (Appendicite familiale)». (Nr. 14).

Der Autor beobachte 4 Fälle von Appendicitis in ein und derselben Familie bei Eltern und Kindern und bespricht in Anlass dessen die Frage der Heredität als aetiologisches Moment (Dieulafoy's Lithiasis appendicularis etc.).

M. Bremener: ‹Ueber die Heissluftbehandlung des weichen Schankers›. (Nr. 14).

Der Autor hat in 28 Fällen mit Erfolg heisse Luft bei Behandlung des Ulcus molle angewandt vermittelst eines einfachen Apparates, den er beschreibt.

M. Ljaschtschenko: ‹Tannigen bei Diarrhoeen kleiner Kinder›. (Nr. 14).

L. empfiehlt die Anwendung von Tannigen in Verbindung mit anderen Medicamenten, wobei er gute Resultate erhielt.

A. Schmiergeld: «Ueber den Zusammenhang zwischen Traumen und Geisteskranken». (Nr. 15.)

Sch. beschreibt einen Fall, wo sich bei einem Maurer im Anschluss an eine recht unbedeutende Verletzung an der Nasenwurzel eine Psychose entwickelte, die an progressive Paralyse erinnerte und von Prof. Raymond, in dessen Klinik der Fall beobachtet wurde, als Pseudo-Paralyse eines Alkoholikers diagnosticiert wurde, Pat. war in der Tat Alkoholiker, doch war das Trauma nicht ohne Bedeutung bei der Entstehung der Krankheit.

S. Biron: «Ueber Milzabscesse bei Abdominaltyphus». (Nr. 15).

Beobachtung eines Milzabscesses bei einem 28-jährigen Militärfeldschers während eines schweren Typhus, Exitus in der 5. Woche. Bei der Obduction fand sich ein Hühnereigrosser Abscess in der Milz.

P. Kamenski: «Zur Kasuistik der combinierten Formen der Basedowschen Krankheit». (Nr. 15).

Patient von 38 Jahren, an Lungentuberculose leidend, zeigte die Symptome der Basedowschen Krankheit, zu denen sich einige Wochen später noch die der Addissonschen (Adynamie, Bronzefärbung) gesellten.

W. Knoson: «Ein Fall von dreimaliger Erkrankung an Scharlach». (Nr. 15).

Nach Verlauf unzweifelhafter Scharlach bei einem 6-jährigen Knaben, der bereits in den vorhergehenden Jahren 2 Mal Scarlatina überstanden hatte.

W. Shukowski: ‹Temperaturcollaps bei Neugeborenen›. (Nr. 16).

Bei Neugeborenen lässt sich bald nach der Geburt eine ausnehmend niedrige Temperatur nachweisen, was bei unausgetragenen und schwächlichen Kindern ganz besonders hervortritt. S. constatierte Temperaturen, die zwischen 31—35° schwankten und schlägt die Bezeichnung Temperaturcollaps vor.

N. Sjablow: «Zur Casuistik der ‹missed labour›. (Nr. 16).

Eine Bäuerin von 30 Jahren, die 3 Mal normal geboren, die beiden letzten Male abortiert hatte, trat ins Hospital ein, weil ein eitrig-jauchiger Ausfluss aus den Geschlechtsteilen nicht cessierte, der etwa $2^1/_2$ Monate andauerte und dem eine stärkere Blutung vorausgegangen war. Die Patientin hatte geglaubt schwanger und nahe dem Ende der Gravidität zu sein. Bei der gesunden und kräftigen Person, deren Temp., Puls etc. normal war, liess sich ohne Schwierigkeit eine Retention einer abgestorbenen Frucht in dem normalen Uterus nachweisen, die entfernt wurde. Die Reste des Foetus zeigten, dass es sich um Gravidität im 8. Monat gehandelt hatte, die Retention hatte etwa $2^1/_2$ Monate gedauert.

N. Lobas: «Ein seltener Fall von dauernder recidivierender Venenentzündung». (Nr. 16).

Bei einem 49-jährigen Arzt dauert die recidivierende Venenentzündung seit 15 Jahren im linken und rechten Bein; hat ein Mal einen Lungeninfarct und ein weiteres Mal schwere Unterleibserscheinungen im Gefolge gehabt.

A. Schtscherbakow: ‹Ein Fall von vernachlässigter Querlage und deren Behandlung›. (Nr. 16).

Autor fand bei einer 40-jährigen XII para Vorfall des linken Fusses und der rechten Hand, wobei der Kopf rechts auf den vorliegenden Arm drückte (conduplicato corp.) Anschlingung des vorgefallenen Beines, Handgriff der Inst. Sigmundin gab kein Resultat, der Kopf liess sich nicht zurückschieben. Daher übergab S. die Schlinge einer Gehülfin und führte mit beiden Händen eine combinierte Wendung aus, die zum Ziele führte. Die Ursache der ungünstigen Lage sieht er in Manipulationen eines alten Weibes.

P. Herzen: «Ein Beitrag zur Diagnostik der Nierenerkrankungen». (Nr. 17).

H. spricht sich für die Separation der Urine mit dem Instrument von Luys aus.

G. Magakjan: ‹Zur Frage der acuten Magenerweiterung». (Nr. 17).

77-jähriger Patient trat mit Anzeichen eines Ileus ins Hospital, verweigerte die Operation und starb. Die Obduction

ergab statt Ileus eine Axendrehung des stark erweiterten Magens. Eine Ursache liess sich nicht eruieren.

W. Lewit: «Ein Fall von Orbitalexostose und deren operative Entfernung». (Nr. 18).

Bei einem 28-jährigen Bauern hatte sich seit einem Jahr eine Geschwulst an der rechten Orbita bemerkbar gemacht, die bei der Untersuchung etwa Nussgrösse ergab und harte Consistenz. Exophtalmus. Die Exostose ging von der seitlichen inneren Wand der Orbita und mit einem Fuss von dem Sinus frontalis aus. Entfernung ohne Enucleation des Auges, Heilung ohne Complicationen.

K. Karaft-Korbut: «Zur Frage über die Function der Uretheren bei Veränderungen ihres Lumens». (Nr. 17 u. 18).

Eine experimentelle Studie an Hunden zur Klärung der Frage, welchen Einfluss auf den normalen Typus der Harnausstossung aus den Uretheren verschiedene Veränderungen der Uretheren und des Nierenbeckens bewirken wie Stenosen, Torsionen, Mobilitas renis etc. Autor kommt zum Resultat, dass sich, ein wenig schematisiert, 3 Typen der Abweichung in der Ausstossung des Urins nachweisen lassen: ein Typus pyeloectaticus, stenoticus und atonicus, die sich in der Wellenhöhe, der Länge der Intervalle und der Quantität der Urinmenge unterscheiden.

M. Skuloki: «Zwei Fälle von Uterusperforation bei Ausschabungen». (Nr. 18).

Bei einer Viertgebärenden Ausschabung 17 Tage nach der Geburt bei sehr weichem Uterus wegen fortdauernder Blutung, hierbei Perforation, wobei der scharfe Löffel bis zum Griff eindrang. Heilung ohne irgend welche Complicationen. Im zweiten Fall Perforation mit einem Hågarschen Bougie bei dem Versuch die Gebärmutter zu einer Ausschabung vorzubereiten, bei einer Patientin, die starke Blutungen, unregelmässige Menses etc. hatte nach einer 15 Monate vorher stattgehabten Geburt. Glatte Heilung.

A. Werekundow: «Ein seltener Fall von Verletzung des Thorax und Bauches». (Nr. 19).

Ein Soldat sprang beim Ueberklettern eines Zaunes im Dunkeln so unglücklich ab, dass sein Bajonett, ihm in den Leib eindrang etwas links oberhalb von der Mittellinie des l. Lig. Poupartii und durch den Körper durchdrang 3—4 Cm. über der Linea scapularis sinistra, links über dem Angulus scapulae. Merkwürdiger Weise waren keine Verletzungen von Darmschlingen vorgekommen, keine Reaction von Seiten des Peritoneums. Trotz Verletzung von Pleura und Lungen Heilung fast ohne Temperaturerhöhung, höchste Temperatur einmal 38,5.

J. Glückmann: «Quetschung des Thorax, compliciert mit Pneumo- und Haematothorax». (Nr. 19).

Fall auf die linke Brustseite, keine äusserlich sichtbaren Verletzungen noch Knochenbrüche, doch sofort Pneumothorax.

W. Snamenski: «Ein Fall von Sklerodermie im Kindesalter». (Nr. 19 u. 20).

3½-jähriges Mädchen.

O. Hartog und W. Jakimow: «Zur Frage über die Veränderungen des Complements bei experimentellen Tropanosomiasen». (Nr. 2).

Die Bindung der Complemente mit Serum durinierter (Tropanos) Kaninchen nach Landsteiner, Müller und Pötze, können von Verf. bestätigt werden. 2) Die Gegenwart die Complemente bindender Körper im Serum duriniertier Kaninchen liess sich schon am 11.—13. Tage nach subcutaner Infection nachweisen. 3) Bei vor 2—10 Monaten inficierten und mit Atoxyl geheilten Kaninchen, liessen sich ähnliche Complemente bindende Körper nachweisen. 4) Ebenso wie mit Extracten aus normalen Organen liessen sich mit dem gleichen Erfolge Extracte aus der Leber von Meerschweinchen, die mit Tropanosomen, Mal de Caderas etc. inficiert waren, verwenden. 5) Eine Differenzierung des die Complemente bindenden Receptors in dem durinierten Serum im Sinne der Specificität, gelang nicht.

G. Kowarski: «Ueber die Verbreitung der Rhachitis in der Stadt Wilna». (Nr. 20, 21, 24).

Verschiedene Ursachen rufen die Rhachitis hervor, schlechte Ernährung, Luft etc., die R. geht einher mit Veränderungen der Biologie der Zelle, doch haben wir bis jetzt noch keine ausreichende Erklärung für Entstehung und Wesen der Rhachitis. Studien in allen Teilen der Welt sind zur Klärung der Frage erforderlich. Beste Therapie: Phosphor-Leberthran.

A. Swojechotow: «Die klinische Bedeutung des «Pulsus paradoxus». (Nr. 21 u. 23).

S. weist auf die Bedeutung des P. par. bei der Diagnose der Pericarditis hin, wobei zur Erläuterung 3 durch Obduction verificierte Krankengeschichten dienen.

L. Gishdei: «Opticusatrophie infolge Kopfverletzung». (Nr. 20).

1) Fall auf den Kopf durch eine Schiffsluke, Verlust des Bewusstseins, Erblindung auf dem rechten Auge, Verlust des Gehöres auf dem linken Ohr. 2) Fall auf die rechte Seite des Kopfes, Verlust des Gesichtes auf dem rechten Auge. 3) Schlag auf den Kopf, Blindheit auf dem rechten Auge.

N. Klodnitzki: «Character und Bedeutung der Cholera-Epidemie im Jahre 1907 in Samara und Astrachan». (Nr. 21).

Die Epidemie zeigte sehr bedenkliche sanitäre Zustände in diesen wichtigen Wolgastädten.

P. Maslakowetz: «Die Cholera in Astrachan und seinen Vorstädten im Sommer 1907». (Nr. 21).

M. spricht sich für die Impfung aus, die ihm unschädlich und entschieden von Wirkung zu sein scheint. Während der Zeit der Epidemie erkrankten 1325 Personen, von denen 761 = 57,4 pCt. starben, in den Vorstädten 611 resp. 324. Beginn der Cholera am 22. Juli, die letzte Neuerkrankung am 4. October.

S. Slatogorow: «Lysoform als Desinficiens». (Nr. 21).

Experimentelle Untersuchung, die die starke desinficierende Wirkung des Lysoform beweist.

W. Stange: «Die Quelle Nr. 20 in Essentuki». (Nr. 22).

Das Wasser steht chemisch dem von Contre-xeville sehr nahe und ist schwächer wie die Quellen Nr. 4, 6, 17, 18 in Essentuki.

L. Borissow: «Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Schlammbädern». (Nr. 22).

B. hat in Sakki die ausgezeichnete Wirkung des Schlammes auf schwer heilende Fälle von Syphilis beobachten können. Es kamen sowohl secundäre wie tertiäre Formen zur Behandlung. Autor vermutet, dass die radioactiven Eigenschaften des Schlammes nicht ohne Bedeutung hierbei sind.

A. Losinski: «Die socialen Aufgaben der Curorte». (Nr. 22).

L. plädiert für Einrichtung von Sanatorien in den Curorten, die auch den wenig bemittelten und armen Klassen der Bevölkerung zugängig sein sollen.

A. Schtscherbak: «Ein Fall von Akathisia paraesthetica geheilt durch Autosuggestion. Vibrationsparaesthesien». (Nr. 23).

Die Casuistik des Leidens der Unmöglichkeit lange stille zu sitzen, beruhend auf psychischen Alterationen, zuerst beschrieben von Haskovec, ist vom Autor um einen Fall bereichert worden. Der 12-jährige Schüler vermag nicht länger wie 5—10 Minuten zu sitzen, es entstehen schwer zu beschreibende unangenehme Sensationen in den Oberschenkeln, die ihn zum Aufstehen zwingen. Anämischer Junge mit vielfachen neurasthenischen Stigmatis z. B. Vibrationsparästhesien. Im Kot Ascariden und Trichocephaluseier. Die Untersuchung mit Electricität etc. wirkte stark auf den Patienten. Austreibung der Würmer. Heilung.

M. Chasanow: «Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Doyenschen Serums bei Krebskranken». (Nr. 23).

Negative Resultate in 3 Fällen.

G. Woikenstein: «Ein schwerer Fall von Malaria geheilt mit subcutanen Injectionen von Chinoperin». (Nr. 23)

Nachdem alle anderen Mittel versagt, bei einem Fall von Malaria mit sehr hoher continuierlicher Temperatur, bewirkte Anwendung von Antipyrin 2,0 + Chinin. mur. 3,0: Aq. d. tep. 6,0 prompte Heilung.

W. Warschawski: «Ueber Typhus recurrens bei Kindern während der Epidemie 1906—07». (Nr. 24).

W. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Aeltere Kinder erkranken leichter als ganz kleine. 2) Das Geschlecht zeigt keine Unterschiede. 3) Der erste Anfall dauert im Durchschnitt 6 Tage. 4) Die erste Apyrexie dauert durchschnittlich 7—8 Tage. 5) Der zweite Anfall dauert kürzere Zeit, durchschnittlich 4 Tage. 6) Ein dritter Anfall bei Kindern ist selten. 7) Die Fiebercurve gleicht der der Erwachsenen. 8) Die Krisis dauert im Allgemeinen 8—16 Stunden. 9) Die Temperaturunterschiede vor und nach der Krisis betragen 4°—6½°. 10) Characteristisch für die Krankheit ist nur die Temperatur-Curve. 11) Der Verlauf ist günstig, Therapie symptomatisch.

T. Gerschun: «Zur Casuistik der extragenitalen Syphilisinjection. Ein seltener Fall von Ulcus durum der Zunge». (Nr. 24).

Ulcus scleroticum linguae bei 37-jährigem Arbeiter. Directe Uebertragung durch Küsse. Blieb lange unerkannt.

T. Oganow: «Zur Casuistik der atypischen Localisation des harten Schankers». (Nr. 24).

Ulcus durum auf dem rechten oberen Augenlide.

W. Schiele.

Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 10. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1908.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Chirurgie.

I. **Michailowski**: «Zur Casuistik plastischer Knochenoperation bei Spina bifida. 2 Fälle von Myelomeningocele und 1 Fall Meningocele». (Ssibirsk. wratsch. gas. 1908. Nr. 1 und 2).

Auf Grund seiner Erfahrung dringt Verfasser darauf, Spina bifida immer, in jedem Alter und möglichst früh zu operieren. Er empfiehlt die Plastik nach Dollinger-Senenko bei Spina bifida dorsal. et lumbalis am Neugeborenen und die Methode von Bobrow bei Spina bifida sacro-lumbalis an älteren Kindern und Erwachsenen.

G. **Petuschinski**: «Ein Fall von Ansammlung milchartiger Flüssigkeit in der linken Pleurahöhle». (Ssibirsk. wratsch. gas. 1908. Nr. 2).

Beschreibung eines Falles von Chylothorax infolge von Wirbelcaries.

G. **von Bergmann**: «Coxa valga». (Ssibirsk. wratsch. gas. 1908. Nr. 4).

Casuistischer Beitrag.

P. **Schastin**: «Ein Fall von Oesophagotomia superior». (Ssibirsk. wratsch. gas. 1908. Nr. 6).

Casuistischer Beitrag.

A. **Kunjaew**: «Ueber traumatische Neurose». (Ssibirsk. wratsch. gas. 1908. Nr. 8).

Casuistischer Beitrag.

P. **Schastin**: «Ein Fall von intestinaler Hämorrhagie nach incarcerierter Inguinalhernie». (Ssibirsk. wratsch. gas. 1908. Nr. 17).

Casuistischer Beitrag.

A. **Bogoljubow**: «Beitrag zur Frage der Impfung mit Streptococcenserum nach Gabritschewski». (Ssibirsk. wratsch. gas. 1908. Nr. 18).

Statistisches Material und Schlussfolgerungen aus 37.000 Impfungen.

W. **Schtscherbakow**: «Ueber Lungennaht bei Stich-Schnittwunden». (Ssibirsk. wratsch. gas. 1908. Nr. 28).

Casuistischer Beitrag.

Ref. Holzinger.

I. **Koslowski**: «Noch klinisches Material zur Operation des Annähens des grossen Netzes an die vordere Bauchwand». (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 1 und 2).

Genaue Beschreibung zweier Fälle von Talma'scher Operation, welche von 1901—1905 im Marien-Hospital zu St. Petersburg ausgeführt wurden. In beiden Fällen handelt es sich um Lebercirrhose, ein Kranker wurde gebessert entlassen, der andere starb.

A. **Garin**: «Einschläferung mit Brom-Aethyl zur Entfernung von Zähnen». (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 1).

Die Einschläferung mit Brom-Aethyl ist in der zahnärztlichen Praxis durchaus zu empfehlen, da sie wenig Zeit in Anspruch nimmt und besondere Vorbereitungen unnütz sind. Die Narcose kann auch in sitzender Stellung vorgenommen werden.

O. **Salkindson**: «18 Fälle von Operation der Hämorrhoiden nach Mitchel». (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 3).

S. stellt diese Methode, was die Dauerhaftigkeit des Heilungserfolges betrifft, höher als die von Langenbeck.

R. **Wreden**: «Conservative Behandlung der chirurgischen Tuberculose mit Einspritzungen von Campher-Naphtol». (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 3).

Die Behandlung gibt bei gleichzeitiger absoluter Ruhelagerung des ergriffenen Organs bessere Resultate als andere Methoden. Die Injectionen sind vollständig schmerzlos, wenn sie in Eiterhöhlen und Fistelgänge gemacht werden, und bei Anwendung von einer Campher-Naphtolemulsion in die Gewebe bei einer Mischung von 1 : 5—2 Glycerin.

F. **Weber**: «Zur Frage über die Aetiologie der Coxa vara». (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 4).

Es ist höchst unwahrscheinlich, dass eine Verkrümmung des Oberschenkelhalses allein durch zu grosse Belastung entstehen kann. Von krankhaften Prozessen, welche häufig den Grund dazu abgeben, ist in erster Linie Osteomalacie zu nennen, welche begleitet wird von pathologischen Veränderungen in der Schilddrüse oder wahrscheinlich durch die letztere hervorgerufen wird.

B. **Cholzow**: «Ueber Anwendung der Asepsis in der Urologie», (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 4).

W. **Sosnow**: «Ein Fall von Emasculation totale infolge von Krebs des Penis». (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 4).

A. **Worobjew**: «Zur Frage über die Behandlung der acuten eitrigen Entzündungen durch Stauungshyperämie nach Bier». (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 5 und 7).

Die Methode von Bier ist sehr zu empfehlen bei verschiedenartigen eitrigen Erkrankungen und zwar besonders in der Weise, wie sie in vielen Fällen von W. angewandt wurde, nämlich durch Anlegen einer Binde.

Ref. Mühlen.

A. Orlow: «Zur Frage der Schussverletzungen der Knochen mit kleinkalibrigen gepanzerten Kugeln». (Prakt. Wratsch. 1907. Nr. 27, 28, 30).

Verfasser, der den russisch-japanischen Krieg als Arzt der Kaufmann'schen Gemeinschaft des Roten Kreuzes in Nikolsk-Ussurisk mitgemacht hat, giebt eine genaue Statistik seines Lazarettes und zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse: 1) Verwundete, welche in die Arrière-Garde-Hospitäler kommen (mit den betreff. Verletzungen), sind nicht so schwer krank, wie in früheren Kriegen. — 2) Verletzungen der Epiphysen und Diaphysen sind günstiger. — 3) Der Prozentsatz der Sterblichkeit bei diesen Verletzungen ist in Hospitälern 2. und 3. Linie gleich Null. — 4) Operative Eingriffe sind im Allgemeinen einzuschränken. — 5) Die Dauer der Hospitalbehandlung, die solche Kranke bis zur völligen Genesung nötig haben, ist eine beschränkte.

Ref. Lehmann.

N. Weljaminow: «Zur Classification der Erkrankungen der Gelenke». (Russki chirurg. archiw. 1908. Nr. 3).

Da die Classification der Gelenkerkrankungen, die auf pathologisch-anatomischer Basis steht oder nur die klinischen Symptome berücksichtigt, den modernen Klinicisten nicht mehr befriedigen kann, sucht Weljaminow alle hierher gehörigen Erkrankungen nach ätiologischem Princip einzuteilen: Er unterscheidet 6 Gruppen:

I. Arthritis traumatica: 1) Arthritis nach einem Hämarthros, 2) Arthritis nach einem sogenannten Dérangement des Gelenkes, 3) Arthritis nach einer Immobilisation. II. Arthritis rheumatica s. irritativa (Hoffa). III. Arthritis bei acuten Infectionskrankheiten (zählt im Ganzen 22 Formen auf). IV. Arthritis bei chronischen Infectionskrankheiten: 1) Tuberculöse Arthritis, 2) Luetische Arthritis, 3) Scorbutische Arthritis. V. Arthritis bei Stoffwechselerkrankungen und Intoxicationen. VI. Arthritis neuropathica.

Aus der fünften Gruppe waren besonders hervorzuheben einige Formen der Arthritis rheumatica chron., die Verfasser auf eine chronische Autointoxication zurückführt, und die Polyarthritis progressiva chron. thyreotoxina. Bei letzterer führen pathologische Veränderungen der Schilddrüsen zu einer anormalen Function der letzteren — zu einer Dysthyreosis, die eine ganze Reihe von Veränderungen im Nervensystem und durch das Nervensystem zur multiplen Erkrankung der Gelenke führt.

Die Classification nach dem ätiologischen Princip erleichtert dem Arzt die Behandlung der Erkrankungen der Gelenke; wenn die Ursache der Erkrankung besser erforscht wird, kann auch die Therapie auf eine rationellere Basis gestellt werden.

B. Finkelstein: «Zur Chirurgie der Milz». (Russki chirurg. archiv. 1908. Nr. 3).

Verfasser hatte Gelegenheit im Laufe von 5 Jahren 32 Mal die Milz operativ anzugreifen. Es handelte sich um:

1) Stich- und Schusswunden 3 Fälle, 2) Rupturen 7 Fälle, 3) Abscesse 2 Fälle, 4) Fixation der beweglichen Milz 3 Fälle, 5) Entfernung einer Wandermilz 12 Fälle, 6) Entfernung einer fixierten Milz 2 Fälle, 7) Milzextirpation bei Morbus Banti 1 Fall, 8) Echinococcen 1 Fall, 6) Milzcyste 1 Fall.

Da im Kaukasus Vergrösserungen der Milz endemisch sind, müssen hier Verletzungen derselben auch häufiger vorkommen. Die operative Behandlung der Milzverletzungen, bei welchen die anderen Organe intact sind, gibt eine gute Prognose. Die Entfernung der verletzten Milz ist nur bei starker Beschädigung des Organs indiciert; als Normalverfahren muss die Naht und Tamponade angesehen werden.

Rupturen der Milz nach Traumen kommen häufiger vor wie Stich- und Schussverletzungen derselben. Eine durch chronische Malariainfection stark veränderte Milz ist ganz besonders zu solchen Rupturen prädisponiert. In der Literatur sind vereinzelte Fälle beschrieben worden von spontaner Milzruptur bei starker Vergrösserung derselben nach Malaria, Typhus recurrens und Ileotyphus. Bei traumatischen Milzrupturen kann die Milz vollständig von ihrem Hilus abgerissen werden. Die Milzruptur wird fast immer von einem Chock begleitet, die Bauchmusculatur der andern Seite wird stark gespannt; ausserdem treten Symptome einer inneren Blutung auf. Die Prognose ist bei Milzrupturen, die nicht operativ behandelt werden, eine sehr schlechte. Die Mortalität variiert zwischen 85—96 pCt., die meisten Kranken gehen den ersten Tag nach der Verletzung zu Grunde. Die Exstirpation der verletzten Milz, die in 148 von 177 Fällen ausgeführt wurde, stillt rasch die Blutung, verhütet die Complikationen und schafft günstige Verhältnisse zur Heilung. Die Naht und Tamponade der Milz ist nur in Ausnahmefällen gestattet. Die Milzexstirpation wird vom Organismus gewöhnlich gut vertragen. Die Zahl der roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt fällt nicht, die Zahl der Lymphocyten steigt bis zu 50 pCt. Die operative Behandlung der isolierten Milzrupturen gibt eine Mortalität von 39,8 pCt.

M. Dieterichs: «Zur Technik der Entfernung des Wurmfortsatzes». (Russk. chirurg. arch. 1908. Nr. 3).

Es sind eine ganze Reihe von Operationsmethoden zur Entfernung des Appendix empfohlen worden. Eine rationelle Methode muss folgenden Ansprüchen gerecht werden: 1) sie muss leicht auszuführen sein, 2) den complicierten anatomischen Bau der vorderen Bauchwand und die verschiedenartige anatomische Lage des Appendix berücksichtigen, 3) breiten Zugang zum Operationsgebiet schaffen und 4) eine feste Vereinigung der Bauchwunde begünstigen.

Verfasser beschreibt ausführlich die Methode von Mac Burney-Gosset, die von ihm in 47 Fällen mit den besten Resultaten ausgeführt wurde.

Die Beschreibung gewinnt sehr durch grossartig ausgeführte Illustrationen nach Clichés von Gosset. Die Bauchhöhle wird durch einen schrägen 5—10 Cent. langen Schnitt in der rechten Fossa iliaca eröffnet, wobei die Muskeln obliquus externus und obliquus internus + transversus in ihrer Verlaufsrichtung stumpf durchtrennt werden. Nachdem das Mesenteriolum en masse unterbunden worden, wird eine Ligatur an der Basis des Appendix angelegt und rundherum eine Tabaksbeutelnaht geführt. Nachdem der Appendix mit dem Thermocauter entfernt ist, wird die Tabaksbeutelnaht über dem Stumpf zusammengeschnürt. Verfasser zieht es vor, statt des Thermocauter den Appendix an seiner Basis mit einem Angiotrib oder mit einer festen Arterienklemme zusammenzuklemmen und die Schnürfurche mit einer Ligatur zu unterbinden. Die Bauchwunde wird ohne jegliche Drainage in 4 Schichten vereinigt. Die Schnittrichtung bei dieser Operation entspricht den Forderungen, die Djakonow an eine rationelle Schnittrichtung bei Bauchhöhlenoperationen stellt: die Musculatur muss in ihrer Verlaufsrichtung durchtrennt werden; die Bauchwand muss in ihrem muskulösen nicht im bindegewebigen Teil (Linea alba, äusserer Rand der Musculi recti) eröffnet werden. Bei dieser Methode wird keine einzige Muskelfaser, kein Nerv, kein Gefäss geopfert. Deswegen treten nach der Operation keine Schmerzen und keine Muskelparesen auf. Die Narben werden nach dieser Operationsmethode solider, da sie im muskulösen Teil der Bauchwand liegen. Die Ueberkreuzung der Schnittrichtung in den Muskeln verhindern die Bildung einer Hernie. Die Spannung der Muskeln nach der Operation trägt nur zur Festigkeit der Narbe bei. Der Schnitt von Mac Burney liegt fast immer über der Basis des Appendix. Die Zahl der tiefen Nähte nach der Operation ist eine sehr geringe, da die Muskelränder sich sehr gut aneinanderlegen.

Der Nachteil der Methode von Mac Burney-Gosset besteht darin, dass der Zugang zum kleinen Becken dabei ein sehr mangelhafter ist; deswegen ist sie in Fällen, wo die Diagnose nicht ganz klar oder wo die Uterusadnexa mit afficiert sind oder der Appendix ins kleine Becken hinabsteigt, nicht auszuführen.

Ref. Weber.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

A. Redlich: «Gleichzeitig bestehende uterine und extrauterine Gravidität». (Shurn. akuschn. i shensk. bol. 1908. Nr. 10).

Eine 39-jährige Patientin erkrankte nach 2-monatlicher Menopause mit Schmerzen im Leibe und Ohnmacht. Bei der Untersuchung fühlte R. einen vergrösserten Uterus und rechts eine teigige Schwellung. Am Tage darauf abortierte Patientin. Als 3 Wochen später wieder Collaps eintrat und die Schwellung zunahm, wurde laporotomiert, wobei sich die Diagnose der Extrauteringravidität bestätigte. Es fand sich nur ein Corpus luteum im rechten Ovarium. Genesung.

D. Schirschow: «Ueber einen Fall gleichzeitiger uteriner und extrauteriner Schwangerschaft». (Shurn. akusch. i shensk. bol. 1908. Nr. 10).

Bei einer 22-jährigen Patientin fand man neben einem Uterus von der Grösse einer dreimonatlichen Gravidität einen

gänseeigrossen Tumor links. Die Diagnose schwankte zwischen Gravidität und Adnextumor und Graviditas uterina et extrauterina. Sch. machte die hintere Colpotomie, entfernte den Tumor, welcher sich als gravide Tube erwies. Nach 9 Tagen abortierte Patientin und genas. Es folgen statistische Angaben über die Coincidenz der uterinen und tubaren Gravidität.

K. Karaffa-Korbutt: «Ueber Ureterouretero anastomosis». (Shurn. akusch. i shensk. bol. 1908. Nr. 9 und 10).

Verfasser hat an 5 Hunden experimentelle Studien gemacht, die K. zu dem Resultat geführt haben, dass die Ureteroureteroanastomosis keine zu empfehlende Operation ist. Es treten zu häufig in der Folge Stenosen des Ureters und Hydronephrosen ein.

W. Sheltuchin: «Bericht über die Tätigkeit der Petersburger Gebärasyle». (Shurn. akusch. i shensk. bol. 1908. Nr. 10).

Die ersten Gebärasyle wurden im Jahre 1869 gegründet, 1883 gingen dieselben in die Competenz der Stadtverwaltung über. Die Zahl der Asyle und die Bettenzahl nahm von Jahr zu Jahr zu, in diesem Jahr wird das 15. Gebärasyl eröffnet werden. Im letzten Jahr sind über 18000 Frauen in den städtischen Asylen niedergekommen. im Jahr 1907 kam jedes Bett im Jahr 11 Rbl. 35 Kop. der Stadt zu stehen.

N. Illarionow: «Ueber die Ovarootomie während der Schwangerschaft». (Shurn. akusch. i shensk. bol. 1908. Nr. 10).

I. berichtet über drei Fälle. Im ersten Fall hatte Patientin eine Geburt bei Anwesenheit einer apfelgrossen Cyste durchgemacht. Als diese wuchs, wurde Patientin, als sie zwei Monate schwanger war, operiert. Es handelte sich um Dermoidcysten beiderseits. Die rechtsseitige ist zu den «Tridermomen» zu rechnen. Patientin abortierte gleich nach der Operation. Genesung. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um gewöhnliche Cysten während einer drei und vier Monate bestehenden Gravidität, die Patientinnen genasen und die Schwangerschaft wurde zu Ende getragen.

Ref. Lingen.

L. Süssmann: «Ein Fall von Atresie des graviden Uterus». (Ssibirsk. wratsch. gas. 1908. Nr. 10).

Im 3. Schwangerschaftsmonat operativer Eingriff, veranlasst durch Methrorrhagie, trotzdem keine Unterbrechung der Gravidität. Zum Termin Einsetzen der Geburt bei lebender Frucht, doch sistieren die Wehen nach zwei Tagen fruchtloser Arbeit. Einen Monat später operative Beseitigung einer macerierten ausgetragenen Frucht.

I. Michailowski: «Zur Frage der extrauterinen Schwangerschaft». (Ssibirsk. wratsch. gas. 1908. Nr. 12—20).

Ausführliche Besprechung aller Varietäten der extrauterinen Gravidität.

Ref. Holzinger.

F. Tschistowitsch: «Ein seltener Fall von einseitigem Fehlen der Niere und mangelhafter Ausbildung des Geschlechtsapparates» (bei einer Frau). (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 2).

Die bei einer 20-jährigen 3 Tage post partum nach Peritonitis gestorbenen Person ausgeführte Section ergab einen Uterus unicornis in der Nachgeburtsperiode, vollständige Aplasie der linken Niere, des Ureters, der Tuba Fallopii, des Eierstockes und der Lig. latum. Ueberbleibsel des Wollfschen Körpers (?).

D. Ott: «Eine neue operative Methode der Vernähung der Scheidendarmfisteln». (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 7).

Eine 20-jährige Kranke litt an einer Blasenscheiden- und Scheidendarmfistel. Zuerst sollte die Scheidendarmfistel operiert werden, um die Verbindung mit dem Darm auszuschalten, da auf diese Weise günstigere Chancen zum Vernähen der Blasenscheidenfistel geschaffen werden konnten. Infolge der starken narbigen Verwachsung musste ein grösserer Lappen abpräpariert werden, wobei zufällig der hintere Douglas eröffnet wurde. Dadurch wurde der obere Rand der Fistel sofort bedeutend verschieblicher, weil die Darmwand nicht mehr so fest mit der Narbe verbacken war, und es gelang leicht ihn nach unten zu ziehen und auf diese Weise dem unteren Fistelrande ohne jegliche Anspannung anzupassen. Die Nähte wurden in 2 Etagen angelegt. Darauf wurde die Blasenscheidenfistel angefrischt und in 2 Etagen vernäht. Die Oeffnung im Douglas wurde nicht vernäht, sondern nur ein kleiner Tampon eingeführt. Die Kranke genas vollständig und konnte nach 12 Tagen das Bett verlassen.

D. Popow: «Die chirurgische Behandlung der hauptsächlich nach hinten angewachsenen Knickungen der Gebärmutter durch Antefixura intraperitonealis.» (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 10 und 15).

Von den 150 operierten Kranken ist keine einzige gestorben. Die Prozentzahl der Kranken, die post operationem fieberten, betrug 6,6; Blasenverletzungen wurden nicht beobachtet, dagegen wohl leichte Reizungen in 8 pCt., Darmverletzungen kamen nicht vor. Nachcontrolliert wurden nach $^1/_2$—3 Jahren 80 Kranke, von denen 6 ein Recidiv aufwiesen (7,5 pCt.).

Ref. Mühlen.

W. Fedorow: «Zur Frage der centralen Dammrisse». (Prakt. Wratsch. 1907. Nr. 29, 30, 31).

Verfasser bespricht die Literatur, schildert vier Fälle eigener Beobachtung und auf Grund davon sieht er die Ursache der centralen Risse: 1) in der Höhe des Perineums, 2) in der besonderen Eigentümlichkeit des Gewebes des Perineums, 3) in der ungenügenden Dehnbarkeit des Vulvarringes. Schliesslich bespricht und empfiehlt er gegebenen Falles die Perineotomie.

Ref. Lehmann.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

N. Morosow: «Die benignen sarcoiden Neubildungen der Haut» (Typus Boeck). (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 1).

Mitteilung eines Falles. 42-jährige Patientin. Beginn des Leidens vor 8 Jahren zunächst im Gesicht, dann an Händen und Füssen. Bei der Aufnahme grosse Knoten an Gesicht und Kopf, kleinere an Rumpf und Extremitäten. Probeexcision und Untersuchung der Stücke vom Knoten ergab genaue Uebereinstimmung mit der von Boeck gegebenen Beschreibung. Therapeutisch wurden Quecksilber und Arsen ohne Wirkung gegeben.

W. Jewdokimow: «Ein Fall von Lepra tuberosa, ohne Erfolg mit Atoxyl behandelt». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1903. Nr. 1).

Pat. erhielt bis zu 0,8 reines Atoxyl pro dosi intramuskulär, angefangen von 0,2. Dabei 15-stündige Uebelkeit und Leibschmerzen. Im Ganzen wurden 5,6 reines Atoxyl eingespritzt.

G. Meschtscherski: «Atoxyl bei der condylomatösen Syphilis». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 1 u. 2).

Mitteilung von 15 Fällen. Schlussfolgerungen des Verfassers:

1) A. wirkt im Allgemeinen auf den Verlauf der condylomatösen Lues, wobei die ersten Injectionen energischer als die folgenden wirken.

2) Am meisten beeinflussbar waren die benignen, zur spontanen regressiven Entwicklung neigenden Producte, während die tieferen, ernsteren entweder nicht oder nur sehr schwach reagierten.

3) Die Wirkung des A. ist unvergleichlich schwächer als die Wirkung des Quecksilbers und darf das Mittel nicht als specifisch gegen Lues genannt werden.

4) Die Behandlung mit A. ist durchaus nicht ungefährlich; es können plötzliche Intoxicationserscheinungen eintreten, die für Pat. mit veränderten Gefässen oder bei schwachem Herzen gefährlich werden können.

5) Die Atoxylbehandlung sollte nur angewandt werden bei Personen die kein Quecksilber vertragen und in den Fällen, die eine Hebung des Allgemeinbefindens erheischen, z. B. bei maligner Lues.

6) Schwere und drohende Syphilissymptome, sowie die Lues der Schwangeren sollten nicht mit A. behandelt werden.

7) Der hohe Preis des Mittels spricht auch gegen seine Verwendung.

A. Schtscherbakow: «Ein Fall von Impotenz wegen Enthaltung vom Coitus aus Furcht syphilitisch inficiert zu werden und die Behandlung desselben» (sexuale Neurasthenie). (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 1).

Psychotherapie, Electrotherapie und Muiracethin.

P. Ebert: «Ein Fall von Epidermatitis pustulosa staphylomykotica in pathologisch-anatomischer Hinsicht». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 2).

Die Gefässwände in der Haut waren verändert und die Pusteln durch Thrombosenbildung in den Hautgefässen bedingt.

M. Klarfeldt: «Zur Casuistik der Gonorrhoe bei Kindern». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 2).

5-jähriges Mädchen, vom Vater inficiert, 9-jähriges Mädchen, inficiert durch den Vater. Zwei Mädchen, 5 und $3^1/_2$ Jahre und ein 6-jähriger Knabe mit unsicherer Infectionsquelle.

A. Schiperskaja: «Zur Diagnostik der Tuberculose vermittelst der v. Pirquet'schen Hautreaction». (Russk. shurn. koshn. wener. bol. 1908. Nr. 3).

54 Versuche bei verschiedenen Hautleidenden. Kinder von lupuskranken Müttern gaben, ohne klinische Erscheinungen der Tuberculose darzubieten, mehrmals positive Reaction. Die Reaction war bei 2 schwerkranken Tuberculösen negativ.

W. Mironowitsch: «Ein Fall von früher Entwicklung von Pigmentsyphilis». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 3).

Diese trat 14 Tage nach Verschwinden der Roseola auf und bildete sich im Laufe weniger Tage vollkommen aus.

A. Paldrok: «Vergleichende Bedeutung der microscopischen und bacteriologischen Untersuchungen für die Tripperdiagnose». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 3 u. 4).

200 Untersuchungen. Schlüsse des Autors:

1) Bei blosser Untersuchung vermittelst Ausstrichpräparate sind in 15 pCt. Fehler möglich.

2) Daher ist für die Tripperdiagnose das Culturverfahren bedeutend vorzuziehen.

3) Das Verfahren ist weniger zeitraubend wie das Herstellen der Ausstrichpräparate.

4) In zweifelhaften Fällen ist heutzutage unbedingt das Culturverfahren zu empfehlen.

5) Das Culturverfahren ist leicht zu erlernen.

Sehr sorgfältige Tabellen. Einzelheiten im Original nachzulesen.

E. Lustwerk: «Septisches fleckig-papulöses Erythem nach folliculärer Angina». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 4).

Mitteilung eines Falles der mit den von Dehio und Thomson beschriebenen identisch war.

D. Tschapin: «Nichtvenerische Geschwüre auf den weiblichen Genitalien». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 4).

7 Fälle. Das Leiden fing stets mit allgemeinem Unbehagen an, auch Frost, dann stellen sich nach 6—10 Tagen die Geschwüre ein, immer symmetrisch gelegen, meist an den Labia minora, zwischen $1^1/_2$ und 6 Ctm. im Durchmesser, sehr schmerzhaft und verschieden tief. 6 von den 7 Fällen betrafen Virgines. Die Geschwüre heilten sehr gut aus. Die Untersuchung auf Ducrey'sche Bacillen war negativ, dagegen fanden sich in 3 von den untersuchten Fällen plumpe Stäbchen (1 Mal in Reincultur). Verf. lässt die Frage über ihre aetiologische Rolle offen.

P. Kagan: «Ein Fall von 62-tägiger Incubationsperiode beim acuten Tripper». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908.) Nr. 4).

A. Kunjajew: «Milzbrand und Zecke». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 5).

Verfasser beobachtete in Sibirien einen Fall von Pustula maligna nach Zeckenbiss.

I. Selenew: «Infusorien in syphilitischen Geschwüren». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 5).

Abbildung und Beschreibung eines ovalen, der Nassula elegans ähnelnden Parasiten, den Verfasser in 7 Fällen syphilitischer Geschwüre verschiedenen Datums fand.

W. Lasarew: «Zur Frage des syphilitischen Tertiär-Fiebers. Ein Fall von Convexitätsmeningitis». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 5).

8 Wochen andauerndes Fieber, auf specifische Behandlung Heilung.

I. Selenew: «Ueber Doppelfärbung von Spermatozoiden». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 5).

Bei der Färbung nach Pappenheim spricht Verfasser nur diejenigen Spermatozoiden für normal an, welche entweder Doppelfärbung oder rote Färbung aufweisen; die blaue hält er für ein Zeichen des Unterganges der Kernsubstanz.

I. Selenew: «Dermatitis desquamativa pustulosa amoebiana». (Russk. shurn. kosh. i wener. bol. 1908. Nr. 6).

S. gibt die Beschreibung einer Amoebe, die er in 5 Fällen von juckender squamöskatarrhalischer Dermatitis gefunden hat.

N. Mamonow: «Die syphilitischen Erkrankungen der Thoraxorgane und ihre Differentialdiagnose». (Russk. shurn. kosh. i wener. bol. 1908. Nr. 6).

Ein Fall von syphilitischer Pleuritis-Diagnose ex juvantibus und positive Serodiagnose. Ein Fall von Syphilis des Herzens, geheilt durch Jod. Ein Fall von Syphilis des Mediastinums.

I. Krawtschenko: «Casuistik der malignen Neubildungen am Penis» (2 Fälle von Krebs). (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 6).

K. empfiehlt auch bei nicht ausgedehntem Tumor die Ablatio penis totalis.

A. Schiperskaja und P. Jawein-Schischkina: «Ein Fall von universaler Pityriasis rubra pilaris Devergie-Besnier». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. Nr. 7).

Pat. 24 Jahre alt, das Leiden bestand 16 Jahre, ursprünglich an Brust und Bauch beginnend, dann traten Jucken und Abschilferung sowie Verdickung der Haut, Nägel und der Zunge ein. Probeexcision eines Stückes ergab ein typisches Bild.

N. Moskalew: «Einfluss der Syphilis der Eltern auf die Inficierbarkeit der Nachkommen. 2 Fälle von hereditärer Syphilis». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 7).

I. Heredito-dystrophia syph. Triade symptomatique de Hutschinson. Glossite sclero-gommeuse heredito-syph. Periostitis tibiae dextr. 5 Jahre nach der Ausheilung neue Infection.

II. Syphilis hereditaria. Paralysis N. oculomot., trochlearis et abduc. Ptosis et Mydiasis paralytica. Periostitis reg. infraorb sin.

I. Miropolski: «Gonorrhoische Hautgeschwüre». (Russk. shurn. kosh. i wener. bol. 1908. Nr. 7).

M. empfiehlt energische Aetzungen, ev. Cauterisieren.

A. Pospelow: «Die heutigen Anschauungen über Aetiologie der Tramboesia tropica». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 8).

A. Schtscherbakow: «Aetiologie des Pemphigus». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 8).

3 Fälle in einer Familie. Alle gutartig verlaufend. Verf. hält P. für eine contagiöse Krankheit.

W. Mironowitsch: «Ist das Pigmentsyphilid ein parasyphilitisches Leiden?». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 8).

Verfasser bejaht in seinen Ausführungen die Frage.

A. Putshkowski: «Gumma der Auriculargegend». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 8).

A. Schiperskaja: «Gonococcenerkrankungen bei Kindern». (Russk. shurn. koshn. i wener. bol. 1908. Nr. 8).

In 2 Fällen wurden im Eiter von Bubonen an Tripper erkrankten Kinder Gonococcen nachgewiesen. 6 Fälle ohne Besonderheiten.

Ref. Wichert.



N. Peshkowski: «Ueber die Verwendung von Atoxyl bei Syphilis». (Ssibirsk. wratsch. gas.. 1908. Nr. 27).

Kurzer Bericht über 5 Fälle.

Ref. Holziger.

G. Albanus: «Ueber Fieber auf syphilitischer Basis». (Russki Wratsch. 1908. Nr. 1).

Zur Beobachtung gelangten 4 Fälle. Im ersten begann das Fieber ungefähr 6 Wochen nach der Infection mit Syphilis, welches 10 Wochen anhielt und zuerst Verdacht auf Typhus abdominalis, darauf auf beginnende Tuberculose erweckte, jedoch auf specifische Behandlung schwand. Im Beginn des Fiebers bestanden Erscheinungen der zweiten Periode der Syphilis, im weiteren Verlaufe entstanden Anfälle, welche schon das beginnende dritte Stadium kennzeichneten. Zu diesem Stadium konnte man z. B. einen verdächtigen Prozess in den Lungen rechnen, und einige andern näher beschriebene Erscheinungen, welche auf zerfallende Gummata hinwiesen. Fieber bestand noch zu der Zeit, als alle secundären Symptome (Roseola) geschwunden waren. Infolge dessen konnte man es nicht als «Eruptionsfieber» im engen Sinne bezeichnen, sondern musste es als Fieber im tertiären Stadium ansehen. — In den anderen drei Fällen handelte es sich um Syphilis der Leber mit Fieber. Die Behandlung bestand in allen Fällen in Verabreichung von JK, welches auf das Fieber stärker einwirkte als Hg.

Ref. Mühlen.

A. Wirschubski: «Zur Casuistik des Scleroderma». (Prakt. Wratsch. 1907. Nr. 25 und 26).

Verfasser schildert kurz diese Krankheit, die er den Nervenkrankheiten zugezählt wissen möchte.

A. Pospelow: «Das Atoxyl als neues Mittel bei der Behandlung von Syphilis». (Prakt. Wratsch. 1907. Nr. 32).

Verfasser bespricht in aller Kürze die einschlägige Literatur und betont ausdrücklich, dass noch genaue Prüfungen vorgenommen werden müssen, ehe man das Atoxyl als Specificum empfehlen kann. In kleinen Dosen sei es wirkungslos und in grösseren könne es schwere Vergiftungen hervorrufen.

Ref. Lehmann.

Pathologie und Therapie.

A. Karschin: «Ein Fall acuter Leukämie behandelt mit Röntgenstrahlen». (Ssibirs. Wratsch. Gas. 1908 Nr. 1).

Nach 16 Röntgenseancen auffallende Besserung einer lienalen Leukämie bei 6-jährigem Knaben: Temperaturabfall, Milzverkleinerung, Blutbefund beinahe wieder normal. Sistierung der Behandlung und gleich darauf rapide Verschlimmerung und progressives Fortschreiten der Krankheit, welche nun einer erneuten Behandlung mit Röntgenstrahlen trotzt und zum Exitus führt.

A. Bogoljubow: «Ueber Schutzimpfung mit Scharlachvaccine nach Gabritschewsky.» (Ssibirs. Wratsch. Gas. 1908. Nr. 5).

Kritische Sichtung fremden Materiales von über 7000 Impfungen.

K. Sawadowski: «Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Herkunft psychischer und nervöser Krankheiten». (Ssibirs. Wratsch. Gas. 1908. Nr. 5 u. 6).

Vortrag im Verein practischer Aerzte. Enthält nichts Neues.

P. Tschistjakow: «Zur Frage der Methylalcoholintoxication». (Ssibirs. Wratsch. Gas. 1908. Nr. 7).

Zwei ophthalmologische Beobachtungen von Opticusatrophie und Neuritis optica nach Genuss von Methylalcohol, Rauschzustand fehlte, doch stellte sich bald Schläfrigkeit, im ersten Falle mit Uebergang in Coma und Erbrechen ein.

J. Kalaschnikow: «Zur Frage der hämorrhagischen Form des Unterleibstyphus. (Ssibirs. Wratsch. Gas. 1908. Nr. 7 u. 21).

Klinischer und pathologisch-anatomischer Befund in 3 Fällen. Verf. schliesst sich der These von F. Meyer und W. Neumann an, dass hämorrhagische Diathese bei Ileotyphus durch hohe Virulenz der typhösen Infection verursacht wird. Als Grund für die Blutergüsse konnte er Veränderungen in der Wand der Gefässe constatieren.

S. Adamow: «Ein Fall von Anämia maligna gravis, geheilt durch Gebrauch von Knochenmark». (Ssibirs. Wratsch. Gas. 1908. Nr. 9).

Casuistischer Beitrag zur Organotherapie spec. Medullin-Poehl, welches später durch eine Knochenmarkemulsion ersetzt wurde.

W. Konstantinowitsch: «Ueber das Verhalten der Larven der Galeria mellonella zu den Tuberkelbacillen». (Russk. Wratsch 1908, Nr. 3).

Die Tuberkelbacillen, welche im Darm der Larve sich längere Zeit (5—10 Tage) befinden, gehen nicht unter und verlieren nicht ihre Virulenz. Die nach der Methode von Metalnikow in den Leib der Larve gebrachten, schon vorher abgetödteten Bacillen verschwinden selbst in geraumer Zeit nicht, deshalb kann von einem schnellen Untergehen derselben nicht die Rede sein.

L. Uskow und A. Godsewitsch: «Ueber den Einfluss der X-Strahlen auf den Stickstoffumsatz bei Leukämie». (Russk. Wratsch 1908, Nr. 3—5).

Aus den Beobachtungen geht hervor, dass die X-Strahlen bei der Leukämie einen grossen Einfluss auf den Stickstoffumsatz und auf die Ausscheidung der Harnsäure und der Purinbasen haben; doch sind diese Veränderungen verschieden durch die Form der Leukämie, die Schwere des Falles, Dauer der Krankheit, vorangegangene Behandlung mit X-Strahlen und Stärke der Beleuchtung. Deshalb ist es schwer ein allgemeines Gesetz zu finden und eine gewisse Formel aufzustellen. Doch scheint es, dass in günstig verlaufenen Fällen die Veränderungen doch eine gewisse Regelmässigkeit aufwiesen und einen anderen Character hatten als in den entgegengesetzten. Fürs Erste kann man nur sagen, dass in den gutartigen Fällen (1 Fall von angeborener und 4 Fälle von lymphatischer Leukämie) zugleich mit der Abnahme der Zahl der weissen Blutkörperchen und Zunahme der roten Blutkörperchen und des Haemoglobins ein deutlicher N.-Verlust zu bemerken war, der zur Gewichtsabnahme des Körpers führte; zugleich nahmen die Menge der Harnsäureausscheidung und der Purinbasen zu bei relativer Vermehrung von P_2O_5; dabei stand die Harnsäureausscheidung nicht immer im bestimmten Verhältnis zur Zahl der weissen Blutkörperchen. Erhöht wird die Harnausscheidung überhaupt während der Behandlung und zwar meistenteils sprungweise und nur in einem Falle von lymphatischer Leukämie sah man eine beständige und fortdauernde Erhöhung während der Kur.

E. Blumenau: «Zur Frage über die Behandlung der fibrinösen Pneumonie». (Russk. Wratsch 1908, Nr. 4 u. 5).

B. empfiehlt bei schweren Fällen subcutaner Injection von Campheröl, und zwar 2-stündlich eine Pravaz'sche Spritze unter Umständen $^1/_2$-stündlich.

N. Petrow und N. Pereschiwkin: «Zur Frage über die diagnostische Bedeutung der Indigokarminprobe». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 4 u. 5).

Die intramusculösen Injectionen von Indokarmin (Firma Grübler oder Bruckner und Lampe) in einer Menge von 40—160 Mlgr. gelöst in 4—20 Cbcmt. physiol. Kochsalzlösung werden ohne Schaden ertragen und rufen absolut keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervor. Die Resultate sind, besonders bei Flüssigkeitsentziehung bei den Kranken, sehr günstige, da schon bereits nach $^1/_4$ Stunde bei normalen Nieren aus beiden Uretern eine deutlich blau gefärbte Ausscheidung beginnt, was man besonders gut durch die Chromocystoscopie beobachten kann. Bei stärkeren Veränderungen des Nierenparenchyms ist die Probe bedeutend abgeschwächt und verlangsamt, bei geringgradigen dagegen kaum.

F. Tschistowitsch: «Zur Frage über die Beziehung der Sclerose der Bauchspeicheldrüse, hervorgerufen durch Steine in den Canälen zum Diabetes mellitus». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 5).

Bei der Section eines 41-jährigen Mannes fand T. eine derbe Sclerose der Bauchspeicheldrüse mit Entwicklung einer bedeutenden Menge von fibrösem Gewebe, in welchen fast alle drüsigen Elemente zu Grunde gegangen waren und bis zu

einem gewissen Grade auch die Langerhaus'schen Inselchen gelitten hatten. Diese Veränderungen entstanden hauptsächlich in Folge von Secretstauung, hervorgerufen durch Verstopfung der Canäle durch Steine.

E. Wainstein: «Zur Lehre über die Opsonine; ihre Bedeutung für die Diagnose und Behandlung». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 6).

M. Zitowitsch: «Verengerungen der Luftröhre». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 6 u. 21).

F. Pikin: «Ein Fall von Embolie der oberen Mesenterialarterie». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 6).

Bericht über einen Fall einen 50-jährigen Beamten betreffend. Anschliessend an eine crupöse Lungenentzündung entwickelten sich in kurzer Zeit Symptome eines Ileus, welche zur Laparotomie zwangen. Am Abend des Operationstages exitus. Die Section ergab neben eitriger Peritonitis eine Thrombose der Aorta von 3 Cent., welche fast das ganze Gefäss einnahm. Der Stamm der oberen Mesenterialarterie und die grösseren Nebengefässe waren total verstopft, die unteren dagegen vollständig frei.

A. Pawlowski: «Das Schicksal einzelner krankheitserregender, hauptsächlich eiterbildender Microben im Tierkörper bei ihrem Eindringen in denselben aus den Gelenken, der Pleura, dem Auge, der Mundhöhle, den Därmen und der Scheide». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 6 u. 7).

Ref. Mühlen.

S. Dibailow: «Zur Behandlung der chronischen Bronchitiden mit Thiokol und Myrthol». (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 24).

Verfasser empfiehlt beide Mittel auf Grund eigener Erfahrungen. Thiokol gibt er 2—3 mal täglich zu 0,12 bis 0,5; Myrthol 3 mal täglich in Gelatinekapseln zu 0,15.

L. Andronow: «Bemerkungen über den Nähr- und Heilwert des Bioson». (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 31).

Verfasser hat an Privatkranken und solchen des Marien-Magdalenenhospitals eine Reihe von Versuchen mit Bioson angestellt. Seiner Ansicht nach ist das Bioson eines der besten Nährpräparate. Verfasser hat es bei den verschiedensten Krankheiten in Form von Bioson-Cacao verabfolgt.

Ref. Lehmann.

A. Karschin: «Ein Fall von schwerer hämorrhagischer Diathese». (Ssibirs. wratsch. gas. 1908, Nr. 11),

Casuistischer Beitrag.

M. Sabunajew: «Ein Fall Werlhof'scher Krankheit nach Scharlach». (Ssibirs. wratsch. gas. 1908, Nr. 13).

Casuistischer Beitrag.

W. Bjalobsheski: «Ueber die richtige Dose des Diphtherieserums». (Ssibirs. wratsch. gas. 1908, Nr. 15).

Polemischer Artikel betreffend die Dosierung des Petersburger Diphtherieserums.

Ref. Holzinger.

S. Fedorow: «Ueber die bewegliche Niere». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 1).

R. Willanen: «Ueber die Herkunft und Bedeutung des «neutralen» Schwefels im Urin». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 1).

Probelection.

E. Warschawski: «Zur Frage über die therapeutische Anwendung des Jothions». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 1).

Das Jothion übt in vielen Fällen einen wohltätigen Einfluss auf rheumatische und neuralgische Schmerzen aus, indem es schmerzstillend wirkt, auch scheint es dazwischen die Resorbtion der Gelenkexsudate zu befördern. Das Mittel kann fortdauernd gebraucht werden, ohne Jodismus hervorzurufen.

A. Simin: «Zur Lehre über den Einfluss des Chloroforms und Aethers auf die Bactericität des Blutes und die Fagocytose». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 1).

Vorläufige Mitteilung.

K. Wagner: «Zur Frage über die eosinophile Leucocytose bei Echinococcus der inneren Organe». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 2).

Die Vergrösserung der Zahl der eosinophilen Zellen im Blute bei Echinococcus der Leber und anderer Organe hat erst in letzter Zeit mehr Beachtung gefunden. Der hier beschriebene Fall, der einen 23-jährigen Kanonier betrifft, welcher an Echinococcus der Leber und der Lunge litt, zeichnete sich durch den hohen Grad von eosinophiler Leucocytose aus (64%). Bei den wiederholt vorgenommenen Untersuchungen gewann man ausserdem den Eindruck, als wenn mit der Bildung der eosinophilen Zellen zugleich eine Vermehrung der roten Bluthörperchen und des Haemoglobins einherging.

R. Luria: «Ueber die Diagnose der Schwindsucht mit Hülfe der Augenreaction nach Calmette». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 2).

Im Ganzen wurden 60 Versuche vorgenommen an Personen von 10-45 Jahren.

Die Reaction verlief nicht vollständig so, wie sie Calmette beschreibt. Durchaus nichts neues, im Ganzen sogar selten stellte sich dieselbe nach 3 Stunden ein; am häufigsten ist eine kaum merkliche Reaction nach 7—8 Stunden, besonders in den Fällen, in welchen ½ % Tuberculin angewandt wurde. In anderen Fällen begann die Reaction nach 10—12 Stunden und erst nach 24 Stunden erreichte sie den höchsten Grad. Die Dauer stimmt auch nicht mit der von Calmette angegebenen überein, sie war 4—7 Tage, und insofern mehr entsprechend den Angaben von Citron und Eppenstein. Auf den Allgemeinzustand hat die Augenreaktion absolut keinen Einfluss.

P. Mesernizki: «Zur Frage über die Radioactivität der in Flaschen enthaltenen Mineralwässer». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 2).

Die Borshomer Katharinenquelle ist fraglos radioactiv und zwar in ziemlich bedeutendem Grade; 2 Monate nach der Abfüllung in Flaschen ist dieselbe 2 mal so stark radioactiv als die mit ihr verglichene Luft; CO_2 scheint dabei keine Rolle zu spielen. Allmählich nimmt die Radioactivität ab, ist aber nach 7 Monaten noch deutlich zu bemerken.

K. Georgiewski: «Eine Trichinosis-Epidemie in Charkow im November 1907». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 3).

Im Ganzen erkrankten 40 Personen. Der Verlauf war meist ein leichter; die Temperatur war gegen 2 Wochen erhöht und hatte einen intermittierenden Charakter, der Abfall ein allmählicher. Die Muskelschmerzen waren schwach ausgebildet und fehlten dazwischen ganz. In der Periode der Reconvalescenz klagten die Kranken über Schlaflosigkeit, andauernde Muskelschwäche und Neigung zum Schwitzen. Die Kniereflexe waren herabgesetzt, das Kernig'sche Symptom fehlte. — Es starb nur ein 19-jähriges Mädchen.

Ref. Mühlen.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 11. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1908.

RUSSISCHE MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Eshemessjatschnik uschnych, gorlowych i nossowych bolesnei (Monatsschrift für Ohren-, Hals- und Nasenleiden).
Medizinskoje obosrenje (Medizinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medizinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Odontologitscheskoje obosrenje (Odontologische Rundschau).
Obosrenje psichiatrii, newrologii i experimentalnoi psichologii (Rundschau für Psychiatrie, Neurologie u. experimentelle Psychologie).
Pharmazewt (Pharmazeut).
Praktitscheski Wratsch (Praktischer Arzt).
Russki Wratsch (Russischer Arzt).
Russki chirurgitscheski archiw (Russisches Archiv für Chirurgie).
Russki medizinski Westnik (Russische medizinische Zeitschrift).
Russki shurnal koshnych i veneritscheskich bolesnei (Journal für Haut- und venerische Krankheiten).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Shurnal obschtschestwa russkich wratschei w pamjat Pirogowa (Journal russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow).
Shurnal russkawo obschtschestwa ochranenija narodnawo sdrawija (Journal der Ges. zur Erhaltung der Volkswohlfahrt).
Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta (Sibirische Aerztezeitung).
Ssowremennaja Medizina (Moderne Medizin).
Ssowremennaja Therapija (Moderne Therapie).
Westnik duschewnych bolesnei (Zeitschrift für Geisteskrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Wojenno-medizinski shurnal. (Militär-Medizinisches Journal).
Wratschebnaja gaseta (Aerzte-Zeitung).
Wratschebny westnik (Zeitschrift für Aerzte).

Chirurgie.

L. Wicker: «Ein Fall von dauerndem Vorfall des Colon transversum». (Ssibirs. wratsch. gas. 1908, Nr. 24).

Medicinisches Curiosum und sibirisches Sittenbild. Nach abdominaler Messerstichwunde Vorfall des Colon transvers. Aerztliche Hilfe bestand im Abbinden des vorgefallenen Darmstückes, welches necrotisierte und abfiel, wobei gleichzeitig ein Stück Netz vorfiel und hängen blieb.

Mit entstandenem Anus praeternaturalis und vorgefallenem Darmteil ging Patient 3 Monate herum, bis er vom Verf. laparotomiert und durch Naht der getrennte Darm vereinigt wurde. Heilung ohne Zwischenfälle.

Ref. Holzinger.

R. Wreden: «Die Prothese der Handwurzel mit activen Bewegungen in den Fingern». (Russk. Wratsch, 1908, Nr. 7).

Der beschriebene Fall, einen 22-jährigen Arbeiter betreffend, ist der erste Versuch der Verwirklichung der Idee Vanghettis am Amputationsstumpf und zwar beschränkte sich W. nur auf die Bildung einer Sehnenschlinge. Das erreichte Resultat war ein durchaus günstiges und rechtfertigt die Voraussetzung des Autors.

W. Tomaschewski: «Weitere Beobachtungen über die Anwendung der Rückenmarksanästhesie in der chirurgischen Klinik». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 8).

T. hat seine Beobachtungen in der chirurgischen Klinik der militär-medicinischen Academie gemacht. Die Rückenmarksanästhesie wurde bei 48 Männern und 9 Frauen ausgeführt, an denen 67 Operationen vorgenommen wurden. Nur in 4 Fällen trat die Anästhesie garnicht oder so schwach ein, dass zum Chloroform übergegangen werden musste.

H. Weljaminow: «Die Classification der Gelenkerkrankungen». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 10).

A. Simin: «Eine neue Methode zur Anlegung einer Gastro-Enterostomose». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 11).

Ref. Mühlen.

A. Schtscherbakow: «Allgemeiner Ueberblick über die Verwundungen im japanischen Kriege». (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 33).

Verf. weist besonders darauf hin, dass die Krankentransportmittel in diesem Kriege ungenügende waren und auf diesem Gebiete dringend Verbesserungen eintreten müssten.

D. Schbankow: «Die traumatische Epidemie in Russland». (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 34, 35, 36, 37, 38).

Verfasser gibt statistische Daten über Selbstmorde, Morde, Hinrichtungen u. s. w. während der Jahre 1905—1907.

Ref. Lehmann.

A. Okinschewitsch: «Zur Casuistik der Leberrupturen». (Medizinsk. Obosren. 1907, Nr. 21).

P. Herzen: «Ein Fall von Schussverletzung der Nieren, der Blutgefässe und der Leber. Operation. Heilung». (Medizinsk. Obosren. 1907, Nr. 21),

R. Herzenberg: «Schussverletzungen im December 1905 nach den Daten des St. Katharinenhospitals». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 5).

W. Schamschin: «Ein Fall eines combinierten Tumors der Orchis (Rabdomyom und Sarcom)». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 6).

K. Malinowski: «Die Chirurgie des Rückenmarkes. Ergebnisse der Untersuchungen an Tieren, über den Einfluss der Eröffnung des Wirbelcanals bei eitrigen Processen». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 9).

R. Runitsch: «Pneumonie bei Lungengangrän». (Medizinsk Obosren, 1908, Nr. 10).

R. teilt 2 Krankengeschichten mit, über 2 mit günstigem Ausgang operierte Fälle.

W. Serenin: «Doppelseitiges Sarcom der Brustdrüsen», (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 13).

Eine Krankengeschichte.

N. Pleschkow. «Ueber Nephrectomie». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 13).

Eine casuistische Mitteilung.

W. Rosanow: «Tangentiale Schussverletzungen des Schädels». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 14).

R. teilt seine Erfahrungen mit, die er am klinischen Material des Hospitals des 1. Sanitätstrains der Stadt Moskau in Ost-Sibirien gesammelt, wohin die Verwundeten 10—11 Tage nach erfolgter Verwundung eingeliefert wurden.

A. Prokunin: «Die Einflüsse der tangentialen Schussverletzungen des Schädels auf das benachbarte Gebiet». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 14).

P. hat seine Beobachtungen an 3000 Verwundeten der mandshurischen Armee angestellt. An Schädelverletzungen gab es da 115.

Das moderne Mantelgeschoss, welches den Schädel in tangentialer Richtung trifft und eine ganz unbedeutende Verletzung der Haut und Muskelschicht verursacht, kann, ohne die äussere Knochenlamelle zu verletzen, durch seine grosse Kraft die innere Knochenlamelle zertrümmern, indem die Erschütterung von der äusseren Lamelle auf die sprödere innere Lamelle sich fortpflanzt.

Verf. unterscheidet 2 Gruppen: I. 59 Fälle mit nur oberflächlichen Hautverletzungen. Davon 50 ohne Hirnerscheinungen, 9 mit kurze Zeit bestehenden Kopfschmerzen und Schwindel. Ausserdem 6 Fälle, bei denen ein reactionsloser

Schusscanal zwischen Hautdecken und Schädel nur Einschuss und Ausschuss als leichte Narben aufwies. Trotzdem hatten diese Pat. lange an Kopfschmerzen zu leiden, waren apathisch und in ihrem Wesen verändert.

II. 50 Fälle mit Verletzung der äusseren Knochenlamelle. Verf. bespricht nur die durch Flintengewehr verursachten Verwundungen, 31 an der Zahl. 22 Fälle wiesen keinerlei ernstere Hirnsymptome auf, und schwanden Kopfschmerzen und Schwindel in wenigen Wochen.

9 Fälle wiesen schwerere Hirnsymptome auf.

Bei den 6 Fällen der I. Gruppe und den letztgenannten 9 Fällen hält Verf. die Trepanation für durchaus indiciert und spricht seine Verwunderung darüber aus, dass solche Pat. nicht für dienstuntauglich erklärt werden, sondern wieder zur Front geschickt wurden.

Ref. E. v. Mickwitz.

Haut- und Geschlechtskrankheiten.

D. Pletnew und J. Zitron: «Serodiagnostik der Syphilis». (Aus der therap. klinisch. Charité des Prof. Kraus in Berlin). (Medizinsk. Obosren. 1908 Nr. 2).

P. Pawlow: «Ein Fall von Blastomycosis der Haut». (Medizinsk. Obosren. 1908 Nr. 6).

P. Preobrashenski: «Die acute syphilitische Poliomyelitis». (Mediz. Obos. 1908, Nr. 9.)

Eine Krankengeschichte, aus welcher sich ergibt, dass 1) die acute Poliomyelitis unzweifelhaft existiert, 2) dass das klinische Bild der syphilitischen Poliomyelitis und das der gewöhnlichen Poliomyelitis einander gleichen, 3) dass bei dem typischen pathologisch-anatomischen Bilde der cerobrospinalen Syphilis mit Entzündungs- und Erweichungsherden, auch ohne primären parenchymatösen Zellschwund, der interstitielle Process die Erscheinungen genügend erklärt. 4) Dass die acute Poliomyelitis sich bei der Erkrankung jeglicher Gefässe des Rückenmarkes entwickelt. In Anbetracht der therapeutischen Maassnahmen, ist die Diagnose von grosser Bedeutung.

W. Krasnoglasow: «Zur Lehre des Rhinoscleroms (scleroma respiratorium)». (Mediz. Obosr. 1908, Nr. 10.)

3 Krankengeschichten. Nach Wolkowitsch ist in Russland der Hauptherd für diese Erkrankung der Süd-Westen.

Ref. E. v. Mickwitz.

I. Kudinzew. «Ueber die Ausdehnung der Blase zum Zweck der Cystoscopie». (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 27).

Verfasser empfiehlt die Ausfüllung der Blase mit Kohlensäure, welche als Medium besser dient, da sie durch ev. Blutungen etc. nicht trübe und undurchsichtig werde. Keine Schmerzhaftigkeit.

N. Rudnitzki: «Zur Frage der syphilitischen Erkrankungen des Magens und der Leber». (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 33, 35, 36, 37.)

Verfasser demonstriert fünf einschlägige Fälle und hat im ganzen ca. 20 Fälle beobachtet. Verfasser meint mit allem Vorbehalt, schliessen zu dürfen, dass der chronische Magenkatarrh bei diesen Kranken verhältnismässig selten ist.

S. Kolomeizew. «Zur Frage der nicht durch geschlechtlichen Verkehr erworbenen Syphilis.» (Prakt. Wratsch 1907, Nr. 39. 40).

Verfasser beschreibt zwei Fälle. Erstens einen Primäraffect an der Unterlippe. Zweitens ein Ulcus durum eines Zeigefingers.

L. Dobrowolski. «Einige Beobachtungen über die Wirkung des Atoxyl auf secundäre syphilitische Erkrankungen und den Organismus der Kranken.» (Prakt. Wratsch 1907. Nr. 41.)

Auf Grund eigener Erfahrungen spricht sich Verfasser für das Atoxyl als Antisyphiliticum aus. Er ist für eine combinierte Atoxyl — Quecksilbertheraphie.

Ref. Lehmann.

M. Tschlenow: «Ueber die Serumdiagnose der Syphilis.» (Russk. Wratsch, 1908, Nr. 7.)

G. Meschtscherski und S. Bogrow. «Zur klinischen Beurteilung der präservativen Wirkung der Calomelsalbe und der Abortivwirkung des Atoxyls». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 8.)

Aus den Beobachtungen geht deutlich hervor, dass die Einwirkung des Atoxyls auf die syphilitische Infection, wenn überhaupt, so in derartig geringem Masse existiert, dass sie im Vergleich zum Hg. kaum in Betracht kommt, daher kann es nicht als Abortivmittel angesehen werden.

S. Proskurjakow: «Ueber die Resultate der 4 jährigen Tätigkeit des Kabinets für Lichtbehandlung am Kalinkinhospital zu St. Petersburg». (Russk. Wratsch.) 1908, Nr. 8 und 9.

Verf. hebt die günstige Wirkung des concentrierten Lichtes nach Finsen auf Lupus hervor; auch Ulcus rodens sah er dabei vorteilhaft beeinflusst.

S. Sowinski: Material zur Pathologie der «Pityriasis rubra piliaris». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 10 u. 11.)

Auf Grund der Ergebnisse der pathologischen Untersuchungen bestreitet Verf. das Bestehen eines acut entzündlichen Processes bei «Pityriasis rubra pilaris» und schliesst sich ganz der Bezeichnung an, welche in der französischen Schule gebräuchlich ist, wobei er auch die von deutschen Autoren vorgeschlagene Benennung «Lichen ruber acuminatus» als histiologischen Bildern nicht entsprechend ansieht.

B. Cholzow: «Ueber Indicationen und Technik der Prostatectomie auf Grund eigener Beobachtungen.» (Russk. Wratsch. 1908. Nr. 9—11).

Auf Grund der Erfahrungen, die Verfasser durch 12 maliges Ausführen der Operation sich gesammelt hat, kommt er zur Ueberzeugung, dass die Prostatectomie bei gutem Allgemeinzustande eine fast gefahrlose Operation ist. Obgleich von den Kranken 3 starben, so ist es doch schwer zu entscheiden, ob die Schwierigkeit der Operation oder ihre noch eben bestehende Unvollkommenheit und die ungünstigen äusseren Verhältnisse, unter denen die Kranken sich befanden, die Schuld am letalen Ausgange trugen. Die perineale Methode ist jedenfalls gefahrloser als die suprasymphysäre.

W. Burgsdorf: «Ein Fall von Reinfection mit Syphilis und Nachweis der Spirochaete Schaudinn's.» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 13.)

Beschreibung eines Falles, bei welchem in den Producten der ersten Infection die Anwesenheit der typischen Spirochaeten Schaudinns nachgewiesen wurde.

Ref. Mühlen.

Nervenkrankheiten.

A. Sobolewski: «Ein Fall von solitärem Tuberkel der harten Rückenmarkshaut.» (Ssibirsk. Wratsch. Gaseta 1908, Nr. 19.)

Casuistischer Beitrag mit Obductionsbefund.

A. Kunjaew: «Die Sehnenreflexe bei Muskelcontracturen.». (Ssibirsk. Wratsch. Gas. 1908, Nr. 21.)

W. Korelin: «Ein Fall von infantiler progressiver Muskelatrophie.» (Ssibirs. Wratsch. Gas. 1908, Nr, 22.)

Casuistischer Beitrag.

A. Sobolewski: «Zur Lehre Bastian's.» (Ssibirs. Wratsch. Gas. 1908, Nr. 26.)

Bei der Obduction totale Querschnittsdurchtrennung des Rückenmarks durch Hämatomyelie auf der Höhe des VI. Halssegmentes. Es fehlten alle Haut- und Sehnenreflexe, spinale Myose und reflectorische Pupillenstarre. Da das Lendenmark nicht untersucht wurde, trägt der Fall nichts bei zur Klärung des strittigen Punctes in der Theorie Bastian's.

Ref. Holzinger.

F. Tschistowitsch: «Neurofibroma ganglionare des Sympathicus.» (Russ. Wratsch. 1908, Nr. 1.)

Genaue Beschreibung der Geschwulst, welche bei der Section eines 12 jährigen Mädchens gefunden wurde. Es unterlag keinem Zweifel, dass sie aus dem Brustteil des Sympathicus hervorgegangen war, wofür die Lage derselben unter der Pleura neben der Wirbelsäule sprach, ferner das makroscopische Aussehen und die Anwesenheit von Nervenzellen. Intra vitam hatte dieselbe keine Erscheinungen gemacht und den gutartigen Charakter behalten.

P. Rosenbach: «Der Wert der Lehre über das maniacalisch depressive Irresein». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 2).

M. Markewitsch: «Zur Casuistik der Tetanie.» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 3.)



S. Sucharow: «Zyclotymie und Psychasthenie und ihre Beziehungen zur Neurasthenie.» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 3.)

L. Pussep: «Ueber das acute halbseitige Oedem des Körpers. (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 7.)

Die Oedeme bei Hemiplegien können zweierlei Art sein a) bei Herz- oder Nierenleiden, und in diesem Falle entwickeln sie sich wiederholt in den befallenen Körperteilen nach Verlauf einiger Wochen und b) ohne solche Leiden, bei denen sie gleichzeitig mit der Affection der Gliedmassen auftreten, wobei die Bewegungsfähigkeit bedeutend geringer ausgeprägt sein kann als das Oedem. Die acut auftretenden Oedeme hingen höchst wahrscheinlich von einer Erkrankung des Streifenhügels oder, wie in dem hier beschriebenen Falle, vom Linsenkern ab. Sie unterscheiden sich von den anderen Oedemformen und können als «Hemioedema acutum angio paralyticum» bezeichnet werden.

G. Fleischer: «Material zur Chemie der grauen Substanz des Gehirns.» (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 12.)

Ref. Mühlen.

A. Wirschubski: «Ein Fall von Tremor simplex der unteren Extremitäten nach Typhus abdominalis.» (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 40.)

Beschreibung dieses Falles. Therapie: Natrium cacodylicum subcutan. Der Tremor dauerte drei Monate.

S. Ssuchanow: «Ueber pathologische Charaktere.» (Prakt. Wratsch. 1907, Nr. 41, 42.)

Vefasser gruppiert die Charaktere, die, teils von Geburt an teils im jugendlichen Alter so geworden, (krankhaft verändert) in vier Gruppen: a) grübelnd, b) raisonierend, c) epileptisch, d) hysterisch.

Ref. Lehmann.

N. Ssletow: «Physikalische Heilmethoden der sexuellen Neurasthenie.» (Medizinsk. Obosren. 1907, Nr. 20.)

M. Dawydow: «Ein kolossales Neurofibrom.» (Medizinsk. Obosren. 1907. Nr. 20.)

N. Ossokin: «Koshewnikow'sche Epilepsie.» (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 1.)

A. Tolokonnikow: «Zur Casuistik der Syringomyelitis und deren Behandlung mit physikalischen Methoden.» (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 4.)

I. Brodski: «Die Wirkung der Ereignisse der Revolutionszeit auf den Verlauf der Tabes dorsalis.» (Medizinsk. Obosren. 1908. Nr. 5.)

A. Rosenthal: «Die Lumpalpunction und ihre diagnostische Anwendung bei Psychosen.» (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 6.)

Ref. E. v. Mickwitz.

Ophthalmologie.

A. Schimanowski. «Ueber die Beziehungen des oberen Halsganglion Nervi sympatici zum Auge». (Westn. ophthalmol. Sept. u. Oct. 1908).

Es ist eine Fortsetzung der im Jahre 1902 und 1903 zum obigem Thema gelieferten Mitteilungen. Abschnitt III handelt über den Einfluss lange andauernder Reizung des Ganglion und der Nerven auf die Augenspannung.

J. Selenkowski: «Ueber die Behandlung des Trachoms durch Bestrahlung mit Radium». (Westn. ophth. Sept. u. Oct. 1908).

Dritte Mitteilung in dieser Frage conf. 1904 und 1905. S. ist dauernd mit den erzielten Heilresultaten zufrieden und empfielt diese Behandlung einer Nachprüfung.

W. Dagilaiski: «Ophthalmia hepatica und die Banti-sche Erkrankung». (Westn. Ophth. Sept. u. Oct. 1908).

Eine sehr ausführliche Krankengeschichte.

G. Rabinowitsch: «Keratoconus, compliciert durch eine im Centrum der Hornhaut auftretende Ectasie». (Westn. ophth. Sept. u. Oct. 1908).

Letztere ging nach vier Wochen zurück, es hinterblieb aber eine Hornhauttrübung.

A. Newolina: «Schrotschuss-Verletzung der rechten Orbita». (Westn. ophth. Sept. u. Oct. 1908).

Haematom der Orbita, Ptosis, Exophtalmus. Beweglichkeit nur nach aussen hin erhalten. Pupille weit und ohne Reaction. Das Röntgenbild zeigt ein Schrotkorn im Schädel auf der Pyramide des Schläfenbeines etwa 3 Ctm. hinter dem Foramen opticum. Es hinterblieb schliesslich Atrophie der Sehnerven und eine Parese des Trochlearis und des N. oculomotorius.

G—n.

W. Dolganow: «Cyclodialyse nach Heine bei acutem absolutem Glaucom». (Prakt. Wratsch. 1907 Nr. 31 u. 32).

Verfasser bespricht die Literatur und beschreibt zwölf eigene Fälle, bei denen er diese Operation ausgeführt hat. — Die Operation wurde nur bei sehr schweren Fällen ausgeführt. Gute Resultate. Keine schlimmeren Complicationen als bei anderen Glaucomoperationen

Ref. Lehmann.

J. Selenkowski: «Zur Frage über die Behandlung des Trachoms mit Radium». (Russk. Wratsch. 1908 Nr. 9).

A. Agababow: Lipogenin in der Augenpraxis». (Russk. Wratsch 1908 Nr. 12).

Ein Mittel, welches mit Erfolg das Provencer-Oel ersetzen kann.

L. Finkelstein: «Ueber Haut- und Conjunctivalreactionen auf Tuberculin». (Russk. Wratsch. 1908 Nr. 13).

Zu seinen Versuchen benutzte F. für die Conjunctivalreaction «Tuberculin-Test» aus dem Pasteur'schen Institut in Lille, welches er zuerst mit 10, dann mit 15 Tropfen destilliertem Wasser verdünnte, wodurch eine opalescierende Masse entstand, die vor dem Gebrauch auf $^1/_2$ Stunde in Thermostaten auf 37° gestellt wird. Zur Hautreaction gebrauchte er 25 pCt. altes Koch'sches Tuberculin in physiologischer Kochsalzlösung.

Die Conjunctivalreaction gab sehr selten ein deutliches Resultat auf 3—5 Stunden, wie das auch Calmette beschreibt. Gewöhnlich erhielt man ein mehr oder weniger deutliches Bild nach 10—12 Stunden; allmählich zunehmend erreichen die Erscheinungen die Acme nach 24—36 Stunden, zuweilen sogar nach 48 und darauf schwächer werdend halten sie sich einige Tage, zuweilen bis 2 Wochen. Die Hautreaction ist meist schon nach 24 Stunden deutlich zu sehen, häufig sogar früher, dazwischen nur stellt sie sich nach 48 Stunden ein; bestehen bleibt sie eine Woche und länger.

A. Bilina: «Ophthalmoreaction auf Tuberculin, als Methode der Erkennung der Krankheit». (Russk. Wratsch 1908 Nr. 13).

Bei 53 untersuchten Kranken war das Resultat 31 Mal positiv, 22 Mal negativ. In 13 Fällen, in welchen die Diagnose bereits klinisch auf Tuberculose des einen oder anderen Organs gestellt war, fiel die Reaction positiv aus. Dasselbe Resultat erhielt B. in 18 Fällen, bei welchen klinisch wenig oder sogar gar keine Anzeichen für Tuberculose vorhanden waren. Bei einem Kranken, bei dem alle Symptome für Krebs des Blinddarmes sprachen, fand man bei der Operation entsprechend dem positiven Ausfall der Calmette'schen Reaction Tuberculose dieses Organes. In einem Falle konnte auch bei der Section das negativ ausgefallene Resultat dieser Reaction bestätigt werden.

A. Schiele: «Ueber die Beziehungen der Ophthalmoreaction zur eczematösen Conjunctivitis und Trachom». (Russk. Wratsch 1908 Nr. 15).

Das Tuberculin-Test leistet bei seiner Anwendung zur Ophthalmoreaction als diagnostisches Mittel wertvolle Dienste auch bei allen folliculären Erkrankungen der Conjunctiva. Es muss, um ein sicheres Resultat bei tuberculösen Herden im Körper zu erhalten, zuerst jegliche derartige Affection ausgeschlossen werden, da dieselben eine ebensolche positive Reaction geben, angefangen von der leichtesten Form, der sog. «Folliculosis» bis zu den schwersten, dem narbigen Trachom. Daher ist das Tuberculin-Test bei den letzten Formen contraindiciert, da leicht gefährliche Exacerbationen eintreten können. Beim Einträufeln einiger Tropfen Tuberculin in den Conjunctivalsack sieht man eine Neubildung von Bläschen bei eczematöser Conjunctivitis und Follikel bei Trachom, so dass nicht selten dieselben die Conjunctiva in toto einnehmen. Da bei allen Trachomkranken, welche mit Acidum jodicum behandelt werden, die Ophthalmoreaction ausbleibt, so kann man daraus schliessen, dass das Jod das Trachomgift vernichtet, infolge dessen also ein ausgezeichnetes Mittel für die Behandlung dieser vorbereiteten Krankheit darstellt.

A. Bogdanow: «Ueber die Ophthalmoreaction auf Tuberculin». (Russk. Wratsch. 1908 Nr. 13).

Die Versuche, welche im Trojan'schen Sanatorium an 33 Kranken mit fragloser Lungentuberculose vorgenommen wurden fielen sämtlich positiv aus, wie es aus einer beigegebenen Tabelle ersichtlich ist. Angeregt durch dieses Resultat, unternahm B. Versuche im örtlichen Gymnasium, indem er jedem Schüler 1 Tropfen einer 1 pCt. Tuberculin-Test Lösung ins Auge träufelte. Dabei erwies es sich, dass in

einer Klasse 19.6 pCt., in der anderen 40 pCt. positiv reagierten. Bei fast allen diesen konnte man die Halslymphdrüsen mehr oder minder deutlich durchfühlen, bei einigen war anamnestisch Tuberculose nachgewiesen.

Pef. Mühlen.

R. Katz: «Augenmigräne und andere Nervenstörungen bei falschen Brechungsvermögen der Augen». (Russk. Wratsch. 1908, Nr. 6).

W. Strachow: «Zwei Fälle von erfolgreicher Entfernung eines intraoculären Cysticercus». (Medizinsk. Obosren. 1908 Nr. 3).

W. Semblinow: «Eine fadenförmige Neubildung des Augenlides, als Rest des Ankyloblepharon filiforme adnatum». (Medizinsk. Obosren. 1908 Nr. 11).

Verf. hat einmal ein solches durchgerissenes Fädchen am Augenlide beobachtet.

L. Mankowski: «Calmettes Ophtalmoreaction». (Medizinsk. Obosren. 1908 Nr. 11).

G. Löwenthal: «Verlust des Sehvermögens infolge von Vergiftung mit Methylalcohol».(Medizinsk. Obosr. 1908,Nr. 11).

Die meisten Fälle von Vergiftung mit Methylalcohol kommen in Amerika vor. In den letzten Jahren sind in Russland 24 Fälle publiciert worden. Vergiftungen mit reinem Holzspiritus sind selten, sie kommen vor teils in trunkenem Mute, teils durch Versehen. Die grösste Mehrzahl der Vergiftungen erfolgt durch den Genuss von Getränken, welche statt Aetylalcohol Methylalcohol enthalten. (Vereinigte Staaten N. Am. und Kanada). Verf. veröffentlicht die Krankengeschichte eines von ihm beobachteten Falles.

S. Fedynski: «Die Ophtalmoreaction und ihre diagnostische Bedeutung». (Mediz. Obosr. 1908 Nr. 13).

Verf. hat an 93 Kranken im Alter von 5 Monaten bis zu 12 Jahren 148 Tuberculininstillationen gemacht und kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1) Die Ophtalmoreaction ist für Tuberculose specifisch.

2) Das Fehlschlagen der Reaction bei klinischer Tuberculose ist durch Anwendung zu schwacher Lösungen zu erklären, oder die Folge einer erschöpften Zellenergie.

3) Bei genügender Vorsicht ist die Tuberculinprobe für die Augen ungefährlich.

4) Bei negativem Ausfall der ersten Reaction muss eine zweite stärkere am anderen Auge vorgenommen werden, jedoch mit grosser Vorsicht, da ein zu schnelles Steigen mit der Lösung leicht eine zu heftige Reaction zur Folge haben kann.

5) Fällt die zweite Probe negativ aus, so ist bei nicht kachectischen Fällen Tuberculose auszuschliessen.

6) Ein Reagieren auf eine wiederholte Einträufelung in dasselbe Auge deutet mit grosser Wahrscheinlichkeit auf frisch verheilte oder localisierte Herde.

7) Bei völlig tuberculosefreien Individuen reagiert die Conjunctiva nicht auf wiederholte Einträufelungen von $^1/_2$—2 pCt. Tuberculin-Test.

Ref. E. v. Mickwitz.

Pathologie und Therapie.

M. Tschebokssarow: «Von der Alcalescenz des Blutes». (Medizinsk. Obosren. 1907, Nr. 20).

W. Worobjew: «Der hämolytische chronische Icterus ohne icterischen Harn. Ictère chronique acholurique». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 1 u. 3).

J. Fiedler: «Erkrankungen durch Unglücksfälle». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 1).

G. Baradulin: «Zur Casuistik der Halsrippen». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 2).

P. Isotomin: «Die Anwendung des Moserschen Serums bei Scharlach», (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 2).

W. Ssawin: «Ein Fall von angeborener Dislocation einer Niere». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 2).

A. Poletaew: «Eine kurze Beschreibung simulierter Krankheiten Gefangener». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 3).

L. Swerschewski: «Die Behandlung der Kehlkopftuberculose nach der Bierschen Methode». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 4).

W. Siegel: «Vom Asthma bronchiale». (Bad Reichenhall). (Medizinsk. Obosren. 1908. Nr. 4).

W. Woltke: «Die therapeutische Bedeutung der nicht pathogenen Hefepilze». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 5).

B. Egis: «Zur Casuistik der cerebralen Hämiplegien diphteritischen Ursprungs». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 5).

Hesse: «Die Schwankungen des Blutdruckes bei Gesunden». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 6).

A. Winogradow: «Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss von Medicamenten auf die Gallensecretion». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 6).

J. Winogradow: «Zwei Fälle von sogenannter relativer Insufficientia tricuspidalis». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 5).

E. Lapschin: «Specielle Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen für Lungenkranke». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 6).

A. Zuberbiller: «Zur Casuistik der Splenomegalia cum Chloranaemia et cirrhosi hepatis. (Morbus Banti)». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 8).

Eine sehr detaillierte Geschichte eines Falles, welcher alle Symptome des Morbus Banti aufzuweisen hatte.

N. Langowoi: «Complication von Dysentherie mit Arthritis». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 8).

Es konnten in der serös-eitrigen Gelenkflüssigkeit Dysenteriebacillen nachgewiesen werden.

A. Ssuchow: «Der Strandort Finlands: Hangö» (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 8).

N. Mamonow: «Ueber Blutentziehung bei inneren Krankheiten». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 9).

Einige Fälle von Venesection bei Typhus.

D. Pletnew: «Vergleichende Beobachtungen über den Stoffwechsel bei gesunden Menschen und solchen, die an habitueller Obstipation leiden». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 10).

S. Wermel: «Die therapeutische Wirkung des Lichts». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr, 11).

Ein Sammelreferat.

J. Wokatsch und J. Rachmanow: «Zur Casuistik der Apoplexie der Pancreas mit multipler Fettnecrose». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 12).

Die Krankengeschichte eines Falles, welcher so günstige Symptome aufwies, dass die Diagnose am Lebenden gestellt werden konnte. Nach Truharts Casuistik konnte in 278 Fällen nur 25 mal die Diagnose bei Lebzeiten des Pat. gestellt werden.

W. Kanel: «Die Nebenwirkungen der Heilsera». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 12).

Behandelt wurden 303 Dysenterie-Fälle, 258 Scharlach, 32 Rheumatismus. Die Serumkrankheit wurde dabei in 138 Fällen (= 23 pCt.) beobachtet und nahm in allen Fällen einen günstigen Verlauf.

L. Prosorow: «Selbstmorde in Gefängnissen und deren Umgebung nach dem Material von 1906 und 1907». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 12).

Eine chronologische Zusammenstellung des in der Tagespresse gefundenen Materials in Auszügen, jedoch derart, dass nach Möglichkeit das typische Bild des Gefängnislebens und die unmittelbaren Beweggründe, die zum Selbstmord führten, erkenntlich sind.

J. Arkawin: «Ueber die Organisation der Anstalten «Milchtropfen (Goutte de lait)» in Berlin und Genf». (Medizinsk. Obosren. 1907, Nr. 20).

N. Langowoi: «Ein Fall von doppelseitigem Noma, welcher geheilt wurde». (Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 13).

G. Wlassow und A. Krjukow: «Das Fixieren trockner Präparate von Blut etc. in einem erwärmten flüssigen Medium». Medizinsk. Obosren. 1908, Nr. 11).

Wlassow hat 1906 das Fixieren von Ausstrichen in erwärmtem Oel publiciert. Jetzt geben beide Verf. ein geeigneteres Medium an, das Xylol, dessen Siedepunct 140—142° beträgt und in welchem die Präparate in 1—5 Min. fixiert werden. Die Präparate erscheinen nach dem Fixieren vollkommen klar. Bei Trübung durch Anwesenheit von Fett im Präparat oder bei unreinem Xylol genügt ein Aetherbad zur völligen Klärung.

Ref. E. v. Mickwitz.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXXIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XXV. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaktion von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Franz Dörbeck. St. Petersburg.

Die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend.—Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr inkl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petitist 20 Kop. oder 45 Pfen.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. —Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honoriert.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate sind ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospekt № 14, zu richten. — Manuskripte sowie alle auf die Redaktion bezüglichen Mitteilungen sind an den geschäftsführenden Redakteur Dr. F. Dörbeck in St. Petersburg, Admiralitätskanal 15, zu richten. Sprechstunden: Montag, Donnerstag u. Sonnabend 1—2. Telephon 290-18.

№ 52 St. Petersburg, den 27. December (9. Januar). 1908.

Die St. Petersburger
Medicinische Wochenschrift

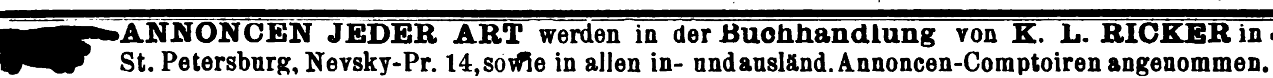
wird auch im Jahre 1909 unter derselben Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Indem aber die Redaction bestrebt ist, die Wochenschrift zu heben und zu erweitern, hat sie es sich angelegen sein lassen, eine Reihe namhafter deutscher Aerzte in Russland zur Mitwirkung aufzufordern, und nachdem die Zusage von seiten dieser Herren erfolgt ist, wird die St. Petersburger medicinische Wochenschrift auch ihre Namen an erster Stelle führen. Ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für practische Aerzte zu sein, wird die Wochenschrift letztere durch Originalartikel, Referate und Besprechungen neu erschienener Werke inbezug auf die Ergebnisse zeitgenössischer medicinischer Forschung auf dem Laufenden zu erhalten suchen. Besondere Sorgfalt wird auf die Herausgabe der „Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften" verwendet werden, welche regelmässig ein Mal monatlich als Beilage erscheinen wird. Vom Jahre 1909 kann die St. Petersburger medicinische Wochenschrift im vollen Sinne des Wortes als das Organ der deutschen Aerzte Russlands gelten, indem in ihr die Protocolle sämtlicher in Russland bestehenden deutscher medicinischen Vereine und Gesellschaften erscheinen werden, und zwar: 1) des Deutschen ärztlichen Vereins zu St. Petersburg, 2) des Vereins St. Petersburger Aerzte, 3) der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga, 4) der Dorpater Medicinischen Gesellschaft, 5) der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau, 6) der Gesellschaft practischer Aerzte zu Mitau, 7) des Livländischen Aerztetages, 8) des Estländischen Aerztetages, 9) des Kurländischen Aerztetages und demnächst 10) auch des Allgemeinen Baltischen Aerztetages.

Folgende Herren Collegen waren so freundlich, ihre Mitwirkung zuzusagen: Dr. Ed. von Bergmann in Riga, Dr. E. Blessig, Director der Augenheilanstalt in St. Petersburg, Dr. O. Brehm in Libau, Dr. X. Dombrowski, Director des Börsenhospitals in St. Petersburg, Dr. J. Dsirne, Privat-Docent für Chirurgie an der Universität zu Moskau, Dr. C. Frankenhäuser, Director des Evangelischen Hospitals in St. Petersburg, Dr. P. von Hampeln in Riga, Dr. H. Hildebrand in Mitau, Dr. W. Kernig, Oberarzt des weib-

lichen Obuchowhospitals in St. Petersburg, Dr. P. Klemm, Oberarzt in Riga. Dr. O. von Petersen, Prof. der Dermatologie und Syphilidologie an dem klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna in St. Petersburg, Dr. O. von Schiemann, Director des Evangelischen Hospitals in Moskau, Dr. Ed. Schwarz in Riga, Dr. G. Tiling, Professor der Chirurgie und Director des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna in St. Petersburg, Dr. R. Wanach, Privat-Docent für Chirurgie am weiblichen Medicinischen Institut in St. Petersburg, Dr. H. Westphalen, Director des Deutschen Alexanderhospitals für Männer in St. Petersburg, Dr. C. Wiedemann, Director des Deutschen Alexandra-Stiftes für Frauen in St. Petersburg, Dr. R. von Wistinghausen in Reval, Dr. W. Zoege von Manteuffel, Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Klinik an der Universität zu Jurjew (Dorpat).

Wir hoffen, dass die St. Petersburger Medicinische Wochenschrift im neuen Jahr nicht nur die alten Freunde in den deutschen Aerztekreisen sich erhalten sondern auch neue erwerben wird.

Der Abonnementspreis beträgt incl. Zustellung in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für ein halbes Jahr; in den anderen Ländern 20 Mark für das Jahr, 10 Mark für ein halbes Jahr. Abonnements-Aufträge sind an die Buchhandlung von C. Ricker in St. Petersburg, Newski Prospekt Nr. 14, zu richten.







Zur Erzielung

Regelmässiger Verdauung

sind unbedingt Abführungs-Pillen

„**Ara**" einzunehmen.

Schachtel 95 Kop.

(75) 0—15.

Diese Pillen werden den Herrn Doktoren zur Untersuchung

ganz umsonst versandt.

NERVI

an der italien. REVIERA

Dr. J. Kramer aus Riga,

gew. Assistent von Geh. Prof. **Ewald**-Berlin und Prof. **Kafemann**-Königsberg praktiziert im Winterkurort

Nervi bei Genua.

(128) 15—5.

Das Privilegium

zur Eröffnung einer **Apotheke in St. Petersburg** wird in langjährige Pacht vergeben. Anfragen sind zu richten: Basseinaja 46—27.

Institut zur Herstellung v. Kuhpockenlymphe

Shiwopiszew in Orel.

Ein Fläschchen Pockenlymphe für 50 Personen — 25 Kop. für 25 Personen 15 Kop. Ein Röhrchen für 5 Personen — 5 Kop. Bestellungen im Betrage unter einem Rubel werden nicht versandt. Für Zustellung — 30 Kop. Bei Bestellungen im Betrage von 3 Rbl. und mehr erfolgt ENTSPRECHENDE PREISERMÄSSIGUNG bis zu 20%. Adresse: Institut zur Herstellung von Kuhpockenlymphe Shiwopiszew in Orel.

Dr. med. LUDWIG BRAUN

(Wien),

ordiniert vom 8./10.—1./5. in

Rapallo

(Winterkurort an der italienischen Rieviera, 45 Minuten Bahnfahrt von Genua entfernt).

Adresse: Rapallo bei Genua.

Teneriffa-Orotava (Kanar. Inseln) **Humboldt-Kurhaus**

Durchschnittliche Wintertemperatur 17° C Wärme. Saison 1. October bis 1. Mai. Diät-, Trink- und Badekuren (4% Sole-Inhalation). Gleichmässigstes Klima der Welt, reguliert durch Golfstrom und Passat. Keine schroffen Temperaturwechsel. Direktion: **J. C. Schwelmier** vom **Grand Hotel Homburg v. d. H.** Kgl. Hofl. Ausführliche Auskünfte sowie illustr. Prospekte durch die **Kurhaus-Betriebs-Gesellschaft, Charlottenburg Knesebeckstr. 29. (Prof. Dr. Pannwitz).**

PIPÉRAZINE MIDY

„ПИПЕРАЗИНЪ МИДИ"

ШИПУЧІЯ КРУПИНКИ

$NH < \frac{CH_2 - CH_2}{CH_2 - CH_2} > NH$

ДІЭТИЛЕНЪ - ДІАМИНЪ

Pharmacie MIDY

140, Foubourg Saint-Honoré, PARIS.

DAVOS, HOTEL NATIONAL.

Neuerbautes Haus in bester sonniger Lage, mit Zentralheizung, Lift, elektr. Licht. Schöne Liegehallen.

Beste Verpflegung bei mässigen Preisen.

Fam. Branger, Propr.

(110) 6–6.

REIBOLDSGRUEN **700 m. über dem Meere**

im Sächsischen Vogtland. — Bahnstation Auerbach.

Heilanstalt für Lungenkranke.

Behandelnde Aerzte: Hofrat Dr. **Wolff**, Dr. **Sobotta** und Dr. **Baer**.

Herrliche abgeschlossene Lage inmitten von Fichtenwaldungen. Special. Kehlkopfbehandlung.

Entfernung von: Berlin 6 Stunden.
Dresden 4 Stunden.
Karlsbad 3 Stunden.

(114) 26—17.

Herausgeber Dr. Franz Dörbeck. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 08456 3843

